

後期高齢者医療再交付申請書

届出者名	宇都宮 花子	本人との関係	妻
連絡先電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		

被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	右詰めでご記入ください				
個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	
被保険者	フリガナ	ウツノミヤ タロウ											
	氏名	宇都宮 太郎									性別	男	
	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 〇〇年 〇〇月 〇〇日											
	住所	宇都宮市旭〇丁目〇番〇号											
再交付書類	① 被保険者証 2 特定疾病受療証 3 限度額適用・標準負担額減額認定証 4 その他( )												
再交付事由	紛失のため												

上記のとおり申請します。

〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

申請者  
氏名 宇都宮 太郎

栃木県後期高齢者医療広域連合長 様

受領者氏名	印
-------	---