

後期高齢者医療

被保険者証
被保険者資格証明書
特定疾病療養受療証
限度額適用認定証
限度額適用・標準負担額減額認定証

再交付申請書

○ 年 △ 月 □ 日

長野県後期高齢者医療広域連合長 宛

住 所 松本市丸の内0000-0

申請者 氏 名 信州 太郎 印

電 話 0263-00-0000

次の証等の再交付を受けたいので、高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第19条・第21条・第62条第8項・第66条の2第6項・第67条第6項の規定により申請します。

被 保 険 者	被保険者番号	00000000	個人番号	1234 5678 9012
	氏 名	信州 太郎		
	生 年 月 日	明治 大正 ○ 年 △ 月 □ 日 昭和	男・女	
	住 所	松本市丸の内0000-0		
申 請 理 由	紛失 棄損 その他()			
再 発 行 に 係 る 証 等 の 種 類	被保険者証 資格証明書 特定疾病療養受療証 限度額適用認定証 限度額適用・標準負担額減額認定証			

確 認	免許証・個人番号カード・その他 ()
--------	------------------------