

(様式第6号)

後期高齢者医療 再交付申請書

届出者名		本人との関係	
連絡先電話番号			

被保険者番号			
被 保 険 者	フリガナ		
	氏名		
	生年月日		
	住所		

証等の再交付	後期高齢者医療被保険者証 後期高齢者医療特定疾病療養受療証 限度額適用・標準負担額減額認定証 その他 (
--------	---

申請の理由	1. 紛失 2. き損 3. その他 ()
-------	------------------------------

山梨県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり (後期高齢者医療被保険者証
後期高齢者特定疾病療養受療証
限度額適用・標準負担額減額認定証) の再交付を申請します。

平成 年 月 日

住所
申請者
氏名