

記入例

後期高齢者医療再交付申請書

届出者名	足利 一郎		本人との関係	長男								
連絡先電話番号	098-7654-3210											
届出者 = 窓口に来た方です。												
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	0	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	1
被保険者	フリガナ	アシカガ タロウ										
	氏名	足利 太郎										
	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 12 年 3 月 4 日										
	住所	足利市本城3-2145										
該当するものに○をつけてください。												
再交付書類	<input checked="" type="radio"/> 1 被保険者証 <input type="radio"/> 2 特定疾病療養受療証 <input checked="" type="radio"/> 3 限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="radio"/> 4 限度額適用認定証 <input type="radio"/> 5 その他()											
該当するものに○をつけてください。												
再交付事由	<input checked="" type="radio"/> 紛失 ・ 汚損 ・ 破損 ・ その他()											

上記のとおり申請します。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

申請者 = 被保険者です。

申請者
氏名

足利 太郎

栃木県後期高齢者医療広域連合長 様

受領者 = 窓口で交付を受ける方です。
※郵送の場合は空欄で構いません。

受領者氏名

足利 一郎