

後 期 高 齡 者 医 療 再 交 付 申 請 書

届 出 者 名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

被保険者番号										個人番号																	
被 保 険 者	フリガナ																										
	氏 名																										
	生年月日	年 月 日																									
	住 所																										

証 種 別	☐ 資格確認書 ☐ 資格情報のお知らせ ☐ 特定疾病療養受療証 ☐ その他（ ）
再交付理由	☐ き損 ☐ 汚損 ☐ 亡失 ☐ その他（ ）

岩手県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、再交付を申請します。

年 月 日

申請者 住所

氏名