

平成 年 月 日

『後期高齢者医療費のお知らせ』再交付申請書

富山県後期高齢者医療広域連合長 宛

申請者 住 所 _____

氏 名 _____ ⑩

電話番号 _____ () _____

被保険者との続柄 () _____

下記のとおり『後期高齢者医療費のお知らせ』の再交付について申請します。

記

被 保 険 者	番 号	_____							
	氏 名	_____				性別		男 ・ 女	
	生年月日	_____	明治 ・ 大正 ・ 昭和		年		月		日
	住 所	〒	_____						
再交付を希望 する診療年月	_____	平成		年		_____		月分から _____	月分まで
利用目的	_____								

同 意 欄

申請者が私の代理で『後期高齢者医療費のお知らせ』の再交付に関する申請を行うことに同意します。

被保険者氏名 _____ ⑩

※申請者が被保険者本人では無い場合は同意欄に記載してください。