

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 _____ 印

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	平成 _____ 年 _____ 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 _____ 印

※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。