

後期高齢者医療被保険者証交付申請書

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		
交付を求める被保険者証			
申請の理由			
<p style="text-align: center;">北海道後期高齢者医療広域連合長 宛</p> <p style="text-align: center;">上記のとおり、後期高齢者医療被保険者証の交付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>			