

後期高齢者医療特定疾病療養受療証再交付申請書

|       |  |         |  |
|-------|--|---------|--|
| 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<br>保<br>険<br>者 | フリガナ |  |
|                  | 氏名   |  |
|                  | 生年月日 |  |
|                  | 住所   |  |

|       |  |
|-------|--|
| 申請の理由 |  |
|-------|--|

北海道後期高齢者医療広域連合長 宛

上記のとおり、後期高齢者医療特定疾病療養受療証の再交付を申請します。

令和 年 月 日