

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証再交付申請書

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 保 険 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、後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証の再交付を申請します。

年 月 日

申請者 住所 _____

氏名 _____