

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 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、後期高齢者医療特定疾病療養受療証の再交付を申請します。

年 月 日

申請者 住所 _____

氏名 _____