

後期高齢者医療再交付申請書

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				

(あて先) 群馬県後期高齢者医療広域連合長

上記のとおり、資格確認書・資格情報のお知らせ・特定疾病療養受療証の再交付を申請します。

年 月 日