

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・特定疾病受療証の再交付を申請します。 年 月 日				