

## 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