

後期高齢者医療資格確認書再交付申請書

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、後期高齢者医療資格確認書の再交付を申請します。

年 月 日