様式第９号の３（第８条関係）

後期高齢者医療　　　　　　　　再交付・再通知申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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(８ケタ) |  |  |  |  |  |  |  |  |  個人番号 (１２ケタ) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被　保　険　者 | フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 住所 |  |
| 申請の理由 |  |
| 滋賀県後期高齢者医療広域連合長　　　様再交付上記のとおり、後期高齢者医療　　　　　　　　の　　　　　　　を申請します。再通知年　　月　　日 |