

後期高齢者福祉医療費受給者証等再交付申請書

安 城 市 長

注意 1 太枠の中のみ記入してください。
2 □のところは、該当するものに✓印をつけてください。

		申請日		令和 年 月 日	
申請者	住 所				
	氏 名		電 話		
受給者	受給者番号				
	氏 名				
	生 年 月 日				
加入保険	記号・番号				
	名 称		保険者コード		
	被 保 険 者				
再交付申請の理由		☐ 破 つ た ☐ 汚 し た ☐ 失 つ た ☐ そ の 他 (			
添付書類 後期高齢者福祉医療費受給者証または資格証明書（破ったとき又は汚したとき）					