

様式第10号(第10条関係)

後期高齢者医療各証書等再交付申請書		
被 保 険 者	住 所	
	氏 名	
	生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日
	被保険者番号	
	個 人 番 号	
	理 由	1 紛 失 2 汚 損 3 その他()
<p>上記被保険者に係る</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 </p> <p>の再交付又は再通知を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者(記入された方)</p> <p style="text-align: center;">住 所 〒 —</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">被保険者との関係()</p> <p style="text-align: center;">被保険者から依頼を受けた日(年 月 日)</p>		