

後期高齢者医療特定疾病療養受療証再交付申請書

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------|--|
| 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 | | | |
| <p>沖縄県後期高齢者医療広域連合 殿</p> <p>上記のとおり、後期高齢者医療特定疾病療養受療証の再交付を申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 住所</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p> | | | |