

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証再交付申請書

|  |      |         |  |
|--|------|---------|--|
| 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<br>保<br>険<br>者   | フリガナ |         |  |
|  | 氏名   |         |  |
|  | 生年月日 |         |  |
|  | 住所   |         |  |
| 申請の理由  |      |         |  |
| <p>北海道後期高齢者医療広域連合長 宛</p> <p>上記のとおり、後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証の再交付を申請します。</p> <p>年 月 日</p> |      |         |  |