

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 保 険 者	フリガナ	
	氏 名	
	生 年 月 日	
	住 所	

申 請 の 理 由	
-----------	--

青森県後期高齢者医療広域連合長 殿

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。

令和 年 月 日