

## 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	
-------	--

青森県後期高齢者医療広域連合長 殿

上記のとおり、後期高齢者医療特定疾病療養受療証の再交付を申請します。

令和 年 月 日