

年 月 日

『後期高齢者医療費のお知らせ』再交付申請書

富山県後期高齢者医療広域連合長 宛

申請者 住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____ () _____

被保険者との続柄 () _____

下記のとおり『後期高齢者医療費のお知らせ』の再交付について申請します。

記

被 保 険 者	番 号					
	氏 名			性別	男 ・ 女	
	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和	年	月	日	
	住 所	〒 _____				
再交付を希望 する診療年月			年	月分から	年	月分まで
利用目的						

申 立 ・ 誓 約 欄

私は、上記の死亡した被保険者に係る『後期高齢者医療費のお知らせ』の再交付に関する申請について遺族を代表して行うことを申立て、その責任の全てを負うことを誓約します。

申立者氏名 _____