

様式第5号（第4条、第29条、第29条の4、第32条関係）

後期高齢者医療

被保険者証
被保険者資格証明書
特定疾病療養受療証
限度額適用認定証
限度額適用・標準負担額減額認定証

再交付申請書

平成 年 月 日

長野県後期高齢者医療広域連合長 宛

住 所

申請者 氏 名

印

電 話

次の証等の再交付を受けたいので、高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第19条・第21条・第62条第8項・第66条の2第6項・第67条第6項の規定により申請します。

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	氏 名			
	生 年 月 日	明治 大正 昭和	年 月 日	男 ・ 女
	住 所			
申 請 理 由	紛失 棄損 その他()			
再 発 行 に 係 る 証 等 の 種 類	被保険者証 資格証明書 特定疾病療養受療証 限度額適用認定証 限度額適用・標準負担額減額認定証			