

様式第7号（第6条関係）

後期高齢者医療資格確認書等再交付申請書

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	年	月 日
	住所		
申請の理由			
山形県後期高齢者医療広域連合長 様			
上記のとおり			
の再交付を申請します。			
年 月 日			