様式第９号の３（第８条関係）

後期高齢者医療　　再交付・再通知申請書

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 （８ケタ）									個人番号 （１２ケタ）														

被保険者	フ リ ガ ナ	
	氏　　名	
	生 年 月 日	年　　月　　日
	住　　所	
申 請 の 理 由		

滋賀県後期高齢者医療広域連合長　　様

上記のとおり、後期高齢者医療　　の（再交付・再通知）を申請します。

年　　月　　日