

## 後期高齢者医療限度額適用認定証再交付申請書

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、後期高齢者医療限度額適用認定証の再交付を申請します。

令和 年 月 日