様式第37号（第22条関係）

後期高齢者医療特定疾病療養受療証再交付申請書

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								
被 保 険 者	フリガナ							
	氏名							
	個人番号							
	生年月日	年	月	日	性別	男・女		
	住所							
再交付申請の理由								
<p>埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて</p> <p>上記のとおり特定疾病療養受療証の再交付を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所</p> <p style="text-align: right;">氏名</p>								