

【注意】

消せるボールペンや鉛筆では記入しないでください。

後期高齢者医療資格確認書等再交付申請書

被保険者番号									市町村名	
被保険者氏名										
個人番号										
被保険者住所										
生 年 月 日	明治	大正	昭和	年	月	日生				
再 交 付 す る 証 の 種 類	☐ 資格確認書 ☐ 特定疾病療養受療証									
再 交 付 申 請 の 理 由	☐ 紛 失 ☐ 汚 損 ☐ 破 損 ☐ その他（ ）									
上記のとおり申請いたします。 年 月 日 茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て 申請者 住 所 氏 名 電話番号 () 被保険者との続柄 ()										
証交付	☐ 郵送 ☐ 直接交付 → 本人確認書類： ☐ 免許証 ☐ マイナンバーカード ☐ その他 ()									