

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		0	1	2	3	4	5	6	7	市町村名		〇 〇 市	
被 保 険 者 氏 名		後 期 一 郎											
個 人 番 号		1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2											
被 保 険 者 住 所		△△県□□市2－2											
生 年 月 日		明治 大正 昭和 〇〇 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。													
令和〇〇年××月△△日													
茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て													
申請者 住 所 △△県□□市2－2													
氏 名 後 期 一 郎													
電話番号 〇 1 2 (3 4 5) 6 7 8 9													
被保険者との続柄 (本 人)													
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 ()											