後期高齢者医療資格確認書等再交付申請書

年　　月　　日

（宛先）千葉県後期高齢者医療広域連合長

　次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者氏名 |  | 本人との関係 | 　 |
| 申請者住所 | 〒電話番号　　　　(　　)　　　　　 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 個人番号 | 　 |
| フリガナ | 　 | 生年月日 | 　　年　 　月　　 日 |
| 氏名 | 　 |
| 住所 | 〒電話番号　　　　(　　)　　　　　 |
| 再交付する書類 | １　資格確認書２　資格情報通知書３　特定疾病療養受療証４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 申請の理由 | １　紛失・焼失２　破損・汚損３　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |