

後期高齢者医療資格確認書等再交付申請書

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	性 別	男 ・ 女
	氏 名	生 年 月 日	大 ・ 昭 年 月 日
	住 所	〒	
再 交 付 の 種 別		☐ 資格確認書 ☐ 資格情報のお知らせ ☐ 特定疾病療養受療証 ☐ その他（ ）	
再交付の申請理由		☐ 紛失 ☐ 汚損 ☐ 破損 ☐ 焼失 ☐ 盗難 ☐ 未着 ☐ その他（ ）	
福島県後期高齢者医療広域連合長 上記のとおり資格確認書等の再交付を申請します。 令和 年 月 日			

※以下の欄は記入しないでください。

処 理 欄	資格確認書等	交付（未・済）	令和	年	月	日（即時・郵送）				
		回収（未・済）	令和	年	月	日				
		電算処理（未・済）	令和	年	月	日				
	備 考						入		確	
							力		認	
							市町村名			