

再交付申請

様式第 6 号の 2 (第 4 条の 2 関係)

後期高齢者医療資格確認書等再交付申請書

届出者名						後期 太郎						本人との関係				本人							
届出者住所						福島県福島市中町8-2						連絡先電話番号				024-563-3310							
被保険者番号						01234567							個人番号				123456789012						
被 保 険 者	フリガナ					コウキ タロウ						性別				男・女							
	氏名					後期 太郎						生年月日				大・昭 24年1月1日							
	住所					〒 960-8043 福島県福島市中町8-2																	
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 8 年 8 月 17 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 8 年 8 月 17 日（即時・郵送）																	
						回収（未・済） 年 月 日																	
						電算処理（未・済） 令和 8 年 8 月 17 日																	
	備考					資格確認書の紛失						入力	福島		確認	広域							
												市町村名		●●市									