

該当するものに
✓をつけてください。

後期高齢者医療

再交付申請書

- ☐資格確認書
☐資格情報のお知らせ
☐特定疾病療養受療証

届出者の情報を記入してください。
代理の方が申請する場合は、届出をされる方の
情報を記入してください。

届出者名	☒ 被保険者と同じ	本人との 関係	☒ 本人
届出者住所	☒ 被保険者と同じ	連絡先 電話番号	0795-43-0501

被保険者番号		個人番号	被保険者の情報を 記入してください。
被 保 険 者	フリガナ	カトウ タロウ	
	氏 名	加東 太郎	
	生年月日	明・大・ <u>昭</u> ・(西暦) 25年 4月 1日	
	住 所	加東市社50番地	
申請の理由		<u>紛失</u> ・盗難・汚損・破損・その他 ()	

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 様

該当するものに
✓をつけてください。

上記のとおり、後期高齢者医療

- ☐資格確認書
☐資格情報のお知らせ
☐特定疾病療養受療証
☐ ()

の再交付を申請します。

なお、紛失等にかかるもので後日発見した場合は、直ちに返還します。

年 月 日

以下市(区)町記入欄

受付者	処理欄	交付：窓口・郵送 (/)
		回収：済・未 (/)
備考		<本人確認>書類名：免(経)・マイ・パ・障・介・ 資格確認書・その他 ()