

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				入力		確認	
					市町村名			