

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

再交付申請書

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	

被保険者番号		個人番号	
被 保 険 者	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	明・大・昭・(西暦) 年 月 日	
	住所		
申請の理由		紛失・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

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・保・介・その他 ()