

後期高齢者医療資格確認書等再交付申請書

年 月 日

(宛先) 千葉県後期高齢者医療広域連合長

次のとおり申請します。

申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒 電話番号 ( )		

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所	〒 電話番号 ( )		

再交付する書類	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 資格確認書</li> <li>2 資格情報通知書</li> <li>3 特定疾病療養受療証</li> <li>4 その他( )</li> </ul>
---------	---

申請の理由	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 紛失・焼失</li> <li>2 破損・汚損</li> <li>3 その他( )</li> </ul>
-------	--