

# 記入例

## 後期高齢者医療資格確認書等再交付申請書

令和6年12月2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	後期 太郎	本人との関係	本人
申請者住所	〒270-0192 流山市平和台1丁目1番地の1 電話番号 04(7199)3306		

個人番号(マイナンバー)を記入ください。不明な場合は空白で問題ありません

被保険者	被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7	個人番号	1234 5678 9012 3456
	フリガナ	コウキ タロウ	生年月日	明治 大正 15年 1月 1日 昭和
	氏名	後期 太郎		
	住所	〒270-0192 流山市平和台1丁目1番地の1 電話番号 04(7199)3306		

再交付する書類	<input checked="" type="checkbox"/> 1 資格確認書 <input type="checkbox"/> 2 資格情報通知書 <input type="checkbox"/> 3 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 4 その他 ( )
申請の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 1 紛失・焼失 <input type="checkbox"/> 2 破損・汚損 <input type="checkbox"/> 3 その他 ( )

交付を希望する番号に○をつけてください。

該当する理由に○をつけてください。