

後期高齢者医療資格確認書等再交付申請書

被保険者番号										市町村名	土 浦 市
被保険者氏名											
個人番号											
被保険者住所											
生年月日		明治 大正 昭和 年 月 日生									
再交付する証の種類		☐ 資格確認書 ☐ 特定疾病療養受領証									
再交付申請の理由		☐ 紛 失 ☐ 盗 難 ☐ 汚 濁 ☐ その他 ()									
上記のとおり申請いたします。											
年 月 日											
茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て											
申請者 住 所											
氏 名											
電話番号 ()											
被保険者との続柄 ()											
証交付	☐ 郵送 ☐ 直接交付 → 本人確認書類： ☐ 免許証 ☐ 旅券 ☐ その他 ()										