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<br>□ 資格情報のお知らせ<br>□ 特定疾病療養受領証 | | | | | | | | | |
| 再交付申請の理由 | □ 紛　失<br>□ 盗　難<br>□ 汚　濁<br>□ 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<br>□ 直接交付 → 本人確認書類：□ 免許証 □ 旅券<br>□ その他（　　） |