

資格確認書

後期高齢者医療

再交付申請書

特定疾病療養受療証

()

届出者名	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人
届出者住所	<input type="checkbox"/> 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		
<input type="checkbox"/> 資格確認書		
上記のとおり、後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 の再交付を申請します。		
<input type="checkbox"/> ()		
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・介・保 資格確認書・その他 ()