

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		1 資格確認書 2 資格情報通知書 3 特定疾病療養受療証 4 その他 ()		
申請の理由		1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他 ()		