

受 付 日

後期高齢者医療被保険者証再交付申請書

大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛

後期高齢者医療被保険者証の再交付を次により申請します。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。

		申請年月日	年	月	日															
申請者氏名		被保険者との関係																		
申請者住所	〒 ー																			
電話番号																				
申請の事由	紛失・盗難・火災・汚損・破損・その他 ()																			
被 保 険 者	保険者番号																			
	被保険者番号																			
	フリガナ																			
	氏 名	生年月日	年	月	日															
		性 別																		
	住 所	〒 ー																		
個人番号																				

<本人確認欄>

運転免許証
 パスポート
 賦課決定通知書
 納入通知書
 住基カード
在留カード・特別永住者証明書
 障害者手帳
 個人番号カード
その他 ()

処理者	確認者	証発行者