

様式第4号

受 付 日

後期高齢者医療（資格確認書・資格情報のお知らせ）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（資格確認書・資格情報のお知らせ）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