

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
	住 所	〒 ー			年 月 日
	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 ☐個人番号カード
☐在留カード・特別永住者証明書 ☐特定在留カード・特定特別永住者証明書 ☐障害者手帳
☐その他（ ）

処理者	確認者	証発行者

