

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	記入した人の情報	
申請者住所	〒 電話番号 ()	

被 保 険 者	被保険者番号	資格確認書等を再交付 したい人の情報	
	フリガナ	〒 電話番号 ()	
	氏 名	月 日	
	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 ()

再交付したい書類と
 申請の理由を選択し
 ○をつけてください