

後期高齢者医療資格確認書等再交付申請書

令和 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							性別	男 ・ 女		
	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()									