

後期高齢者医療資格確認書等再交付申請書

| | | | |
|-------|--|-------------|--|
| 申請者名 | | 本人との 関係 | |
| 申請者住所 | | 連絡先 電話番号 | |

| | | | |
|---------|------------------------------------|-----------------------------|--|
| 事由発生年月日 | 年 月 日 | | |
| 種別 | <input type="checkbox"/> 資格確認書 | | <input type="checkbox"/> 特定疾病受療証 |
| | <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ | | <input type="checkbox"/> その他 () |
| 事由 | <input type="checkbox"/> 紛失 | <input type="checkbox"/> 汚損 | <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他 () |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|------|-------|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被保険者番号 | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被 保 険 者 | フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | 大正・昭和 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | 〒 | — | | | | | | | | | | | | | | | | | |

宮城県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり申請します。
 なお、後日発見した資格確認書等につきましては、ただちに返納いたしますとともに、紛失等をした資格確認書等につきましては、貴広域連合に負担をかけないことを申し添えます。

年 月 日