

受 付 日

後期高齢者医療被保険者証再交付申請書

大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛

後期高齢者医療被保険者証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				
	住 所	〒 ー									
	個人番号										

<本人確認欄> <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 賦課決定通知書 <input type="checkbox"/> 納入通知書 <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> 在留カード・特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他（ ）	
---	--

処理者	確認者	証発行者