

|       |
|-------|
| 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 | 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|         |                       |          |       | 性 別  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|         | 住 所                   | 〒 ー      |       |      |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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   
住基カード  
在留カード・特別永住者証明書   
障害者手帳   
個人番号カード  
その他（ ）

|     |     |      |
|-----|-----|------|
| 処理者 | 確認者 | 証発行者 |
|     |     |      |