

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														
	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 個人番号カード
在留カード・特別永住者証明書 特定在留カード・特定特別永住者証明書 障害者手帳
その他 ()

処理者	確認者	証発行者