

申請書記入見本

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。

申請者は実際に手続きをされる方の氏名
等をご記入ください

申請年月日	令和7年12月25日													
申請者氏名	広域 花子	被保険者との関係	妻											
申請者住所	〒540-0028 大阪市中央区常盤町1丁目3番8号													
電話番号	06 - 4790 - 2028	申請の事由を○で囲む												
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	3	9	2	7	0	0	0	0	再交付が必要な被保険者の氏名等を記載				
	被保険者番号	9	9	9	9	9	9	9	9					
	フリガナ	コウイキ タロウ												
	氏名	広域 太郎								生年月日	昭和24年1月1日			
	住所	〒540-0028 大阪市中央区常盤町1丁目3番8号								個人番号は漏れなくご記入ください				
	個人番号	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

<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 ☐別永住者証明書 ☐障害者手帳
☐その他（ ）

記入は不要です

処理者	確認者	証発行者

○被保険者本人以外が申請される場合は、代理権が授与されていることを確認しますので、申請書と併せて委任状を提出してください。

○手続き時に本人確認書類等の提示が必要です