

【注意】

消せるボールペンや鉛筆では記入しないでください。

後期高齢者医療資格確認書等再交付申請書

被保険者番号									市町村名	
被保険者氏名										
個人番号										
被保険者住所										
生年月日	明治	大正	昭和	年	月	日生				
再交付する証の種類	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証									
再交付申請の理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他 ()									
<p>上記のとおり申請いたします。</p> <p>年 月 日</p> <p>茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て</p> <p>申請者 住所</p> <p>氏名</p> <p>電話番号 ()</p> <p>被保険者との続柄 ()</p>										
証交付	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 直接交付 → 本人確認書類： <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他 ()									