

【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<br>証 の 種 類 | <input type="checkbox"/> 資格確認書<br><input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証                                                                                                      |    |    |   |   |    |  |  |      |  |
| 再 交 付 申 請<br>の 理 由   | <input type="checkbox"/> 紛 失<br><input type="checkbox"/> 汚 損<br><input type="checkbox"/> 破 損<br><input type="checkbox"/> その他（ ）                                           |    |    |   |   |    |  |  |      |  |
| 上記のとおり申請いたします。       |                                                                                                                                                                           |    |    |   |   |    |  |  |      |  |
| 年 月 日                |                                                                                                                                                                           |    |    |   |   |    |  |  |      |  |
| 茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て   |                                                                                                                                                                           |    |    |   |   |    |  |  |      |  |
| 申請者 住 所              |                                                                                                                                                                           |    |    |   |   |    |  |  |      |  |
| 氏 名                  |                                                                                                                                                                           |    |    |   |   |    |  |  |      |  |
| 電話番号（ ）              |                                                                                                                                                                           |    |    |   |   |    |  |  |      |  |
| 被保険者との続柄（ ）          |                                                                                                                                                                           |    |    |   |   |    |  |  |      |  |
| 証交付                  | <input type="checkbox"/> 郵送<br><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<br><input type="checkbox"/> その他（ ） |    |    |   |   |    |  |  |      |  |