

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	0	1	2	3	4	5	6	7	市町村名	〇〇市
被保険者氏名	後 期 一 郎									
個人番号	123456789012									
被保険者住所	△△県□□市2-2									
生 年 月 日	明 治	大 正	昭和		〇〇	年	××	月	△△	日 生
再 交 付 する 証 の 種 類	<input checked="" 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 checked="" 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>令和〇〇年××月△△日</p> <p>茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て</p> <p style="text-align: right;">申請者 住 所 △△県□□市2-2</p> <p style="text-align: right;">氏 名 後 期 一 郎</p> <p style="text-align: right;">電話番号 〇12(345)6789</p> <p style="text-align: right;">被保険者との続柄（ 本 人 ）</p>										
証交付	<input type="checkbox"/> 郵送 <input checked="" type="checkbox"/> 直接交付 → 本人確認書類： <input checked="" type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他（ ）									