

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	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2											
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	☒ 資格確認書 ☐ 資格情報通知書（資格情報のお知らせ） ☐ 特定疾病療養受療証											
再 交 付 申 請 の 理 由	☒ 紛 失 ☐ 汚 損 ☐ 破 損 ☐ その他（ ）											
上記のとおり申請いたします。												
令和〇〇年××月△△日												
茨城県後期高齢者医療広域連合長宛て												
申請者住所△△県□□市2－2												
氏 名 後 期 一 郎												
電話番号 〇 1 2 （ 3 4 5 ） 6 7 8 9												
被保険者との続柄（ 本 人 ）												
証交付	☐郵送 ☒直接交付 → 本人確認書類：☒免許証 ☐マイナンバーカード ☐その他（ ）											