

【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	☐ 資格確認書 ☐ 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。 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	☐ 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（ ）									

記入例

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	行方市
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	行方市玉造甲404									
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 ☐ 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 行方市玉造甲404 氏 名 後 期 一 郎 電話番号 0299 (55) 1464 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 ()									