様式第１２号（第８条関係）

後期高齢者医療資格確認書等再交付申請書

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

被保険者番号		個人番号	
被保険者	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	年　月　日	
	住所		
申請の理由	☐ 紛失　☐ 破損　☐ 汚損　☐ その他（　　）		

香川県後期高齢者医療広域連合長　殿

上記のとおり、後期高齢者医療の
- ☐ 資格確認書
- ☐ 資格情報のお知らせ
- ☐ 特定疾病療養受療証
- ☐ 一部負担金減額証明書
- ☐ 一部負担金免除証明書
- ☐ 一部負担金徴収猶予証明書
- ☐ 被扶養者・障害・特定疾病認定証明書

の再交付を

申請します。

なお、紛失した証書を発見したときは、直ちに返還します。

年　月　日

※破損・汚損した資格確認書等を添付すること。