

市町担当窓口で申請を行う方
(本人、家族、施設職員等)の
氏名等を記入してください。

後期高齢者医療資格確認書等再交付申請書

| | | | |
|-------|------------|-------------|--------------|
| 届出者名 | 香川 連子 | 本人との 関係 | 子 |
| 届出者住所 | 丸亀市〇〇町〇番地〇 | 連絡先 電話番号 | 0123-456-789 |

| | | | |
|------------------|---|---------------|-------------------------|
| 被保険者番号 | 1 9 8 0 0 7 0 2 | 個人番号 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 |
| 被 保 険 者 | フリガナ | コウイキ レンゴロウ | |
| | 氏名 | 広城 連五郎 | |
| | 生年月日 | 昭和12年 3月 5日 | |
| | 住所 | 高松市福岡町2丁目3番2号 | |
| 申請の理由 | <input type="checkbox"/> 紛失 <input checked="" type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> その他 () | | |

被保険者番号、個人番号、
被保険者の氏名等を記入してく
ださい。

申請理由に、または、その他に理由を記入してください。

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

再交付を希望するものにをしてくださ

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。

令和 〇年 〇月 〇〇日

※破損・汚損した資格確認書等を添付すること。