

受付日

後期高齢者医療（資格確認書・資格情報のお知らせ）再交付申請書

大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛

後期高齢者医療（資格確認書・資格情報のお知らせ）の再交付を次により申請します。
 なお、紛失等にかかるもので後日発見した場合は、直ちに返還します。

		申請年月日	年	月	日														
申請者氏名			被保険者 との関係																
申請者住所	〒 ー																		
電話番号																			
申請の事由	紛失・盗難・火災・汚損・破損・その他（ ）																		
被 保 険 者	保険者番号																		
	被保険者番号																		
	フリガナ																		
	氏名			生年月日	年	月	日												
	住所	〒 ー																	
	個人番号																		

<本人確認欄>

- 運転免許証 パスポート 賦課決定通知書 納入通知書 住基カード
在留カード・特別永住者証明書 障害者手帳 個人番号カード
その他（ ）

処理者	確認者	証発行者