後期高齢者医療再交付申請書

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	明治・大正・昭和　　年　　月　　日	
	住　　所	市・郡　　町・村	
再 交 付 事 由		□紛失　□盗難　□破損 □その他（　　）	
備考	※身 分 確 認	□運転免許証　□個人番号カード □パスポート　□その他（　　）	
	※警察への届出	□済　□未（届出指導）　※未　納　□有　□無	
	※交 付 方 法	□窓口交付　□郵送　□その他（　　）	

秋田県後期高齢者医療広域連合長　様

上記のとおり、（□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）の再交付を申請します。

年　　月　　日