

後期高齢者医療資格確認書等再交付申請書

申請者名		本人との 関係	
申請者住所		連絡先 電話番号	

事由発生年月日	年 月 日			
種別	<input type="checkbox"/> 資格確認書		<input type="checkbox"/> 特定疾病受療証	
	<input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ		<input type="checkbox"/> その他 ( )	
事由	<input type="checkbox"/> 紛失	<input type="checkbox"/> 汚損	<input type="checkbox"/> 破損	<input type="checkbox"/> その他 ( )

被保険者番号		個人番号																	
被 保 険 者	フリガナ																		
	氏名																		
	生年月日	大正・昭和	年	月	日														
	住所	〒	—																

宮城県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり申請します。  
 なお、後日発見した資格確認書等につきましては、ただちに返納いたしますとともに、紛失等をした資格確認書等につきましては、貴広域連合に負担をかけないことを申し添えます。

年 月 日