

受 付 日

後期高齢者医療被保険者証再交付申請書

大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛

後期高齢者医療被保険者証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		平成 年 月 日							
申請者氏名	⑩			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	明・大・昭 年 月 日
										性 別	男 ・ 女
住 所	〒 ー										

<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
☐外国人登録カード ☐障害者手帳 ☐その他
()

処理者	確認者	証発行者