

様式第4号

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