

後期高齢者医療 資格確認書等 再交付申請書

○ 年 △ 月 □ 日

長野県後期高齢者医療広域連合長 宛

住 所 松本市丸の内0000-0

申請者 氏 名 信州 太郎

電 話 0263-00-0000

次の証等の再交付を受けたいので、高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第17条・第21条・第62条第8項の規定により申請します。

被 保 険 者	被保険者番号	00000000	個人番号	1234 5678 9012
	氏 名	信州 太郎		
	生 年 月 日	昭和○ 年 △ 月 □ 日	⊙男 ⊙女	
	住 所	松本市丸の内0000-0		
申 請 理 由		・紛失 ・棄損 ・その他()		
再 発 行 に 係 る証等の種類		・資格確認書 ・資格情報のお知らせ ・特定疾病療養受療証 ・その他 ()		