

様式第3号(第3条関係)

後期高齢者医療資格確認書等再交付申請書

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	年 月 日	
	住 所		
再交付を必要とする証書		<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証	
申請の理由		<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損・汚損 <input type="checkbox"/> その他 ()	
<p>島根県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p>上記のとおり、再交付を申請します。</p> <p>年 月 日</p>			