

記入例

後期高齢者医療

- 資格確認書
資格情報のお知らせ
特定疾病療養受療証
 ()

当てはまるもの全てに
☑チェックをつける

再交付申請書

届出者名	宝塚 花子	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	本人との関係	配偶者	<input type="checkbox"/> 本人
届出者住所	宝塚市東洋町 1-1	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	連絡先電話番号	0797-77-9103	

被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8	個人番号	
被 保 険 者	フリガナ	タカラヅカ タロウ	
	氏名	宝塚 太郎	
	生年月日	明・大・ 昭 (西暦) 24 年 12 月 2 日	
	住所	宝塚市東洋町 1-1	
申請の理由	紛失 ・盗難・汚損・破損・その他 ()		
兵庫県後期高齢者医療広域連合長 様			
上記のとおり、後期高齢者医療			
<input checked="" type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input checked="" type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> ()			
当てはまるもの全てに ☑チェックをつける			
の再交付を申請します。			
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。			
令和 6 年 12 月 2 日			

以下市(区)町記入欄

受付者	処理欄	交付：窓口・郵送 (/)
		回収：済・未 (/)
備考		<本人確認>書類名：免(経)・マイ・パ・障・介・資格確認書・その他 ()