

記入例

(太枠内をご記入ください)

後期高齢者医療資格確認書再交付申請書

記入される方
のお名前等

届出者名	後期 花子	本人との関係	配偶者
届出者住所	戸田市上戸田1 - 18 - 1	連絡先電話番号	048-441-1800

被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8	個人番号	記入不要
被 保 険 者	フリガナ	コウキ タロウ	
	氏名	後期 太郎	
	生年月日	昭和20年 1月 1日	
	住所	戸田市上戸田1 - 18 - 1	
再交付申請の理由	紛失したため		

被保険者様のお名前等

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて

上記のとおり、後期高齢者医療資格確認書の再交付を申請します。

年 月 日