

後期高齢者医療資格確認書等再交付申請書

届出者氏名		本人との関係	
届出者住所	電話番号		

被 保 険 者 番 号												
フ リ ガ ナ												
氏 名	男・女											
マ イ ナ ン バ ー 号 個 人 番 号												
生 年 月 日	年 月 日											
住 所												
再 交 付 申 請 を す る 証 等	☐ 資格確認書 ☐ 資格情報のお知らせ ☐ 限度額適用・標準負担額減額認定証 ☐ 特定疾病療養受療証 ☐ 限度額適用認定証											
申 請 事 由	☐ 破 損 ☐ 汚 損 ☐ 亡 失 ☐ その他（ ）											
(宛先) 静岡県後期高齢者医療広域連合長 上記のとおり、再交付申請いたします。 年 月 日												