

後期高齢者医療

被保険者番号			個人番号	
被 保 険 者	フリガナ			
	氏 名			
	生 年 月 日	明・大・昭・（西暦）	年	月 日
	住 所			
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 ☐資格確認書 ☐資格情報のお知らせ ☐特定疾病療養受療証 ☐（ ） 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。 年 月 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（ ）