

後期高齢者医療資格確認書再交付申請書

申請の窓口に来た方の氏名・住所等を記入してください。

届出者名	後期 太郎	本人との関係	本人
届出者住所	北海道札幌市中央区南2条西5丁目	連絡先電話番号	011-123-4567

被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8	個人番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1
被 保 険 者	フリガナ	コウキ タロウ	
	氏名	後期 太郎	再交付を希望する本人の氏名・住所等を記入してください。
	生年月日	昭和5年7月10日	
	住所	北海道札幌市中央区南2条西5丁目	
申請の理由	紛失したため		

北海道後期高齢者医療広域連合長 宛

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。

令和6年 12月 2日

申請日を記入してください。