後期高齢者医療再交付申請書

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先 電話番号	

※資格確認書及び資格情報のお知らせの再交付のみ、個人番号の記載が必要です。

被保険者番号		個人番号	
被保険者	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	大正・昭和　　年　　月　　日	
	住所		
再交付するもの		□ 資格確認書　□ 資格情報のお知らせ　□ 特定疾病療養受療証	
申請の理由		□ 紛失　□ 汚損　□ 破損 □ その他（　　）	

山口県後期高齢者医療広域連合長　殿

上記のとおり、再交付を申請します。

令和　　年　　月　　日

担当		交付区分	窓口・郵送（　　月　　日送付）
確認書類	個人番号カード・通知カード・免許証・資格確認書・その他（　　）		