

後期高齢者医療再交付申請書

届出者名		本人との関係	☐ 本人 ☐
届出者住所		連絡先電話番号	

被保険者番号		個人番号	
被 保 険 者	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	
	住所	大館市	
再交付事由		☐ 紛失 ☐ 盗難 ☐ 破損 ☐ その他（ ）	

備 考	※身分確認	☐ 運転免許証	☐ 個人番号カード
		☐ パスポート	☐ 資格確認書・資格情報のお知らせ
		☐ その他（ ）	
	※警察への届出	☐ 済 ☐ 未（届出指導）	※未納 ☐ 有 ☐ 無
	※交付方法	☐ 窓口交付	☐ 郵送 ☐ その他（ ）

秋田県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、

☐資格確認書
☐資格情報通知書(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。

令和 年 月 日

交付

後期高齢者医療再交付申請書【記入例】

届 出 者 名	広域 一郎	本人との関係	☒ 本人 ☐
届出者住所	大館市字中城 2 0 番地	連絡先電話番号	0186-43-7046

被 保 険 者 番 号	0 1 2 3 4 5 6 7	個 人 番 号	
-------------	-----------------	---------	--

被 保 険 者	フリガナ	コウイキ イチロウ
	氏 名	広域 一郎
	生 年 月 日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日
	住 所	大館市 字中城 20 番地

再 交 付 事 由	☒ 紛失 ☐ 盗難 ☐ 破損 ☐ その他（ ）
-----------	---

備考	※身 分 確 認	☒ 運転免許証	☐ 個人番号カード			
		☐ パスポート	☐ 資格確認書・資格情報のお知らせ			
		☐ その他（ ）				
	※警察への届出	☒ 済	☐ 未（届出指導）	※未 納	☐ 有	☒ 無
	※交 付 方 法	☒ 窓口交付	☐ 郵送	☐ その他（ ）		

秋田県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、

☒資格確認書
☐資格情報通知書(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。

令和 ○年 ○月 ○日