

様式第6号（第5条、第29条関係）

後期高齢者医療 資格確認書等 再交付申請書

年 月 日

長野県後期高齢者医療広域連合長 宛

住 所

申請者 氏 名

電 話

次の証等の再交付を受けたいので、高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第17条・第21条・第62条第8項の規定により申請します。

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日	男 ・ 女	
	住 所			
申 請 理 由	・紛失 ・棄損 ・その他()			
再 発 行 に 係 る 証 等 の 種 類	・資格確認書 ・資格情報のお知らせ ・特定疾病療養受療証 ・その他()			

同時送付先変更	本人確認	限度額所持	入力	確認
有・無		有・無		