

後期高齢者医療 資格確認書等 再交付申請書

令和〇年〇月〇日

長野県後期高齢者医療広域連合長 宛

住 所 長野市大字鶴賀緑町1613番地

申請者 氏 名 長野 太郎

電 話 000-1111-1111

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	01234568	個人番号	123456789000
	氏 名	長野 太郎		
	生 年 月 日	昭和24年12月2日	男・女	
	住 所	長野市大字鶴賀緑町1613番地		
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		