

後期高齢者医療（資格確認書・資格情報のおしらせ）再交付申請書

受 付 日

大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛

後期高齢者医療（資格確認書・資格情報のおしらせ）の再交付を次により申請します。なお、紛失等にかかるもので後日発見した場合は、直ちに返還します。

		申請年月日		令和 年 月 日					
フリガナ 申請者氏名		被保険者 との関係		本人・配偶者・子 その他（ ）					
申請者住所		〒 ー □河内長野市							
電話番号									
申請の事由		紛失・盗難・火災・汚損・破損・その他（ ）							
被 保 険 者	保険者番号	3	9	2	7	2	1	6	6
	被保険者番号								
	フリガナ	□申請者と同じ							
	氏 名	□申請者と同じ							
	住 所	□申請者と同じ 〒 ー							
	個人番号								
生年月日		明・大・昭 年 月 日							

<本人確認欄>

□運転免許証 □個人番号カード（マイナンバーカード）

□在留カード・特別永住者証明書 □障がい者手帳

□介護保険証（河内長野市発行のものに限る） □その他（ ）

受付	検認(委)	検認(職)	交付者	給付	収納

郵送交付の場合・・・（発送日： 月 日）

任意記載事項

□該当あり（限度額・特定疾病）

□新たに併記希望 ⇒給付担当引継

□該当なし（希望なし）