

受 付 日

後期高齢者医療被保険者証再交付申請書

大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛

後期高齢者医療被保険者証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	年	月	日														
申請者氏名		被保険者との関係																	
申請者住所	〒 ー																		
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																		
	被保険者番号																		
	フリガナ																		
	氏 名												生年月日	年	月	日			
													性 別						
	住 所	〒 ー																	
個人番号																			

<本人確認欄> <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 賦課決定通知書 <input type="checkbox"/> 納入通知書 <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> 在留カード・特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他 ( )	
--	--

処理者	確認者	証発行者