

後期高齢者医療 資格確認書等再交付申請書

被 保 険 者	被保険者番号									個人番号	
	フリガナ										
	氏 名										
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日									
	住 所	〒									
再交付を必要とするもの		☐ 資格確認書 ☐ 資格情報のお知らせ ☐ 限度額適用・標準負担額減額認定証 ☐ 限度額適用認定証 ☐ 特定疾病療養受療証									
申請の理由		☐ 紛失 ☐ 破損 ☐ 汚損 ☐ その他()									
岡山県後期高齢者医療広域連合長 様 上記のとおり、関係書類を添えて後期高齢者資格確認書等の再交付を申請します。 令和 年 月 日 申請者 住 所 (届出者) 氏 名 (続柄:) (電話番号 — —)											

証 処 理	交 付	窓口・郵送 (/)	
	回 収	済・未 (/)	
	申請者 本人確認	書類名	免 保 介 その他()
	被保険者 本人確認	書類名	書類の即日交付の場合は確認必要 免 保 介 その他()

市町村	
受 付 印	受 付 者

※ 再交付された書類の即日交付を受けたい場合は、申請者(届出者)の本人確認(顔写真付き証明書の場合は1点、顔写真無し証明書の場合は2点)に加え、被保険者本人の身分証明書(顔写真付き証明書かどうかは問わない、写し可)の提示又は委任状の提出が必要となります。