後期高齢者医療資格確認書再交付申請書

届　出　者　名		本人との関係	
届出者名住所		連絡先電話番号	(　　)　－

被保険者番号			※個人番号		
被保険者	フリガナ			性別	男・女
	氏　　名				
	生年月日	【 大正 ・ 昭和 】　　年　　月　　日			
	住　　所	〒　　－			

※個人番号は免許証等で本人確認が可能な場合は省略可

申請の理由	□ 紛失　□ 汚損　□破損　□ その他（　　）

宮崎県後期高齢者医療広域連合長　様

上記のとおり、関係書類を添えて申請します。

年　　月　　日

申請者　住 所

氏 名　　㊞