

後期高齢者医療再交付申請書

届 出 者 名		本人との関係	
届出者住所		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			
	氏名			
	生年月日			
	住所	☐ 届出者と同じ		
再交付事由		☐ 紛失 ☐ 盗難 ☐ 破損 ☐ その他（ ）		
秋田県後期高齢者医療広域連合長　様				
上記のとおり、 { ☐資格確認書 ☐資格情報通知書（資格情報のお知らせ） ☐特定疾病療養受療証 } の再交付を申請します。				
令和　年　月　日				

本人確認	☐ 運転免許証または運転経歴証明書 ☐ マイナンバーカード ☐ パスポート ☐ その他（ ）
確認事項	警察への届出 ☐ 済 ☐ 未（届出指導） 未納 ☐ 有 ☐ 無
交付方法	☐ 窓口交付（ / ） ☐ 郵送（発送日： / ）
発行確認	☐ 資格確認書（ / ） ☐ 資格情報通知書（ / ） ☐ 特定疾病（ / ）