

後 期 高 齡 者 医 療 再 交 付 申 請 書

届 出 者 名	後期 太郎	本人との関係	長男
届出者住所	盛岡市内丸〇番〇号	連絡先電話番号	000-0000-0000

被保険者番号		0	1	2	3	4	5	6	7	個人番号																			
被 保 険 者	フリガナ	コウキ ハナコ																											
	氏名	後期 花子																											
	生年月日	昭和12年 3月 4日																											
	住所	盛岡市内丸×番×号																											

証 種 別	☒ 資格確認書 ☐ 資格情報のお知らせ ☐ 特定疾病療養受療証 ☐ その他（ ）
再交付理由	☐ き損 ☐ 汚損 ☒ 亡失 ☐ その他（ ）

岩手県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、再交付を申請します。

令和〇年 〇月 〇日

申請者 住所 盛岡市内丸×番×号
氏名 後期 花子

処 理 欄	発行			市町村確認	広域連合確認
	・即時発行	・後日郵送	/		
	・その他（ ）				