

後期高齢者医療 資格確認書等 再交付申請書

届出者住所			本人との関係	
届出者氏名			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	明治	大正	昭和		年		月	日
	住 所	倉敷市							
再交付する証		☐ 資格確認書 ☐ 資格情報のお知らせ ☐ 減額認定証・限度証 ☐ 特定疾病受療証							
再交付事由		☐ 紛失 ☐ 破損・汚損 ☐ 郵便不達 ☐ 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、後期高齢者医療資格確認書等の再交付を申請します。 令和 年 月 日 申請者 _____ (被保険者氏名)									

- 再交付の証は、原則として被保険者本人の住所に郵送でお届けします。
- 即日交付の手続きをする方（受領者）は、被保険者本人または年齢が 18 歳以上で被保険者との続柄が三親等以内の方に限ります。（そのほかの方が手続きをする場合は、郵送となります。）
また、受領者の本人確認書類（運転免許証・保険証など公的身分証明書）が必要です。

受 付 者		作 成 者	
交 付	窓口・郵送 (/)		
窓口交付本人確認	免 保 介 その他 ()		