

後期高齢者医療資格確認書等再交付申請書

受付印

被保険者番号											
個人番号											
フリガナ											
氏名											
生年月日				年			月			日	
住所 (方書・施設名等)											
再交付を必要とする証	<input type="checkbox"/> 資格確認書					<input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証					
	<input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ					<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証					
	<input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証										
再交付申請の理由	1 紛失したため 2 破損・汚損したため、使用に耐えなくなった 3 その他 ()										

愛媛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。

年 月 日

住所

申請者 氏名 (本人との関係:)

連絡先 (電話)

証 処 理	交付：窓口・郵送 (/)
	回収：済・未 (/)
	<本人確認> 書類名： 番号：

<返還誓約書> この度、資格確認書がないため提出できませんが、発見した時には、直ちに返還します。また、紛失等で返還ができなかった資格確認書による診療については、貴広域連合に負担をかけないことを誓約します。 年 月 日 氏 名

備考	
----	--

受	付	入	力	広域確認