後期高齢者医療　□資格確認書
□資格情報のお知らせ
□特定疾病療養受療証
□（　　）　再交付申請書

届出者名	□被保険者と同じ	本人との関係	□本人
届出者住所	□被保険者と同じ	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			
被保険者 氏名			
被保険者 生年月日	明・大・昭・(西暦)　　年　　月　　日		
被保険者 住所			
申請の理由	紛失・盗難・汚損・破損・その他（　　）		

兵庫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
□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。

なお、紛失等にかかるもので後日発見した場合は、直ちに返還します。

年　　月　　日

以下市（区）町記入欄

受付者		処理欄	交付：窓口・郵送（　　／　　）
			回収：　済・未　（　　／　　）
備考			＜本人確認＞書類名：免(経)・マイ・パ・障・介・資格確認書・その他（　　）