

後期高齢者医療資格確認書等再交付（再通知）申請書

被 保 険 者	被保険者番号	01234567	個人番号	
	フリガナ	コウイキ タロウ		
	氏名	広城 太郎		
	生年月日	昭和 12年 7月 10日		
	住所	〒 920-0968 金沢市幸町12番1号 電話番号 (076) 999-9999		
再交付（再通知）する 証明書	<input checked="" type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> 紛失・焼失 <input type="checkbox"/> 破損・汚損 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
<p>（宛先）石川県後期高齢者医療広域連合長</p> <p>上記の理由により、再交付（再通知）の申請をします。</p> <p>令和 6年 12月 10日</p> <p style="text-align: right;">【申請者】</p> <p style="text-align: right;">〒920-0968 住所 金沢市幸町12番1号</p> <p style="text-align: right;">氏名 広城 太郎</p> <p style="text-align: right;">被保険者との続柄（ ）</p> <p style="text-align: right;">電話番号 (076) 999-9999</p>				