

受付日

後期高齢者医療被保険者証再交付申請書

大阪府後期高齢者医療広域連合長 様

再発行する人の氏名、住所
押印を記入してください

後期高齢者医療被保険者証の再交付を次により申請し
後日発見した場合は、直ちに返還します。

		年月日	令和	年	月	日
申請者氏名	①		被保険者 との関係			
申請者住所	〒 -					
電話番号						
申請の事由	紛失・盗難・火災・汚損・破損・その他 ()					
被 保 険 者	保険者番号					
	被保険者番号					
	フリガナ					
	氏 名	生年月日	明・大・昭	年	月	日
		性 別	男 ・ 女			
住 所	〒 -					

<本人確認欄>

- 運転免許証
 パスポート
 賦課決定通知書
 加入通知書
 住基カード
 外国人登録カード
 障害者手帳
 その他
()

氏名、住所は「同上」で

処理者	確認者	証発行者