

後期高齢者医療資格確認書等（交付・再交付・再通知）申請書

届出者氏名	静岡 太郎	本人との関係	本人
届出者住所	静岡市〇〇区〇〇町〇番〇号 電話番号 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇		

被保険者番号	01234567										
フリガナ	シズオカ タロウ										
氏名	静岡 太郎										男・女
個人番号											
生年月日	昭和 〇 年 〇 月 〇 日										
住所	静岡市〇〇区〇〇町〇番〇号										
交付申請をする書面	<input checked="" type="checkbox"/> 資格に係る事実を記載した書面										
再交付・再通知申請をする証等	<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（ ）										
申請事由	<input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input checked="" type="checkbox"/> 亡失 <input type="checkbox"/> その他（ ）										

(宛先) 静岡県後期高齢者医療広域連合長

上記のとおり、(交付・再交付・再通知) 申請いたします。

令和 〇 年 〇 月 〇 日