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	□ 資格確認書　□ 限度額適用・標準負担額減額認定証 □ 資格情報のお知らせ　□ 限度額適用認定証 □ 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