様式第６号の２（第４条の２関係）

後期高齢者医療資格確認書等再交付申請書

届出者名		本人との関係	
届出者住所		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		性別	男・女
	氏名		生年月日	大・昭 年　月　日
	住所	〒		
再交付の種別		□ 資格確認書　□ 資格情報のお知らせ　□ 特定疾病療養受療証 □ その他（　　）		
再交付の申請理由		□ 紛失　□ 汚損　□ 破損　□ 焼失　□ 盗難　□ 未着 □ その他（　　）		

福島県後期高齢者医療広域連合長
上記のとおり資格確認書等の再交付を申請します。
令和　　年　　月　　日

※以下の欄は記入しないでください。

処理欄	資格確認書等	交付（未・済）　令和　年　月　日（即時・郵送） 回収（未・済）　令和　年　月　日 電算処理（未・済）　令和　年　月　日		
	備考		入力	確認
			市町村名	