

後期高齢者医療資格確認書等再交付申請書

申請者名		本人との 関係	
申請者住所		連絡先 電話番号	

事由発生年月日	年 月 日		
種別	<input type="checkbox"/> 資格確認書		<input type="checkbox"/> 特定疾病受療証
	<input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ		<input type="checkbox"/> その他 ()
事由	<input type="checkbox"/> 紛失	<input type="checkbox"/> 汚損	<input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> その他 ()

被保険者番号		個人番号																		
被 保 険 者	フリガナ																			
	氏名																			
	生年月日	大正・昭和	年	月	日															
	住所	〒	—																	

宮城県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり申請します。
 なお、後日発見した資格確認書等につきましては、ただちに返納いたしますとともに、紛失等をした資格確認書等につきましては、貴広域連合に負担をかけないことを申し添えます。

年 月 日

委任状		
本手続きに関する権限を下記代理人に委任します。		委任日 令和 年 月 日
委任者	住所	
	氏名	
代理人	住所	
	氏名	

※本人・後見人・同居のご家族以外の方が申請する場合は、別途委任状の添付が必要になります。

委任欄・委任状を提出できない場合、該当箇所に☑をつけ、その他の場合は具体的に理由を記載ください。

- 本人の判断力低下
- その他