

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	
フリガナ			
氏 名			
生 年 月 日	年 月 日生		
住 所	〒 ー		
再交付するもの	1 資格確認書 2 資格情報のお知らせ 3 特定疾病療養受療証 4 その他()		
再交付の理由	1 紛失 2 破損 3 その他()		

鳥取県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、資格確認書 等の再交付を申請します。

年 月 日