

様式第7号(第7条、第9条の3、第23条関係)

後期高齢者医療資格確認書等再交付（再通知）申請書

被 保 険 者	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	〒 ー 電話番号() ー		
再交付（再通知）する 証 明 書		☐ 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()		
申 請 理 由		☐ 紛失・焼失 ☐ 破損・汚損 ☐ その他()		
(宛先)石川県後期高齢者医療広域連合長 上記の理由により、再交付（再通知）の申請をします。 年 月 日 【申請者】 〒 ー 住 所 _____ 氏 名 _____ 被保険者との続柄() 電話番号() ー				

※事務処理欄

証 処 理	交付：窓口・郵送 (/)	備 考	
	回収：済 ・ 未 (/)		