**被保険者の方の内容を記入してください。**

**該当する箇所を囲んでください**

|  |
| --- |
| 高齢者の医療の確保に関する法律による資格確認書等再交付申請書 |
| 被保険者番号 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |  |
| 被保険者 | 氏　　　　名 | 後期　○○ | 生年月日 | **S　XX年　XX月　XX日生** |
| 個人番号 | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **1** | **0** | **1** |
| 住　　　　所 | 合志市●●１２３４－５６７８ |
| 再交付申請の書類 | 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　限度額適用・標準負担額減額認定証5　限度額適用認定証 |
| 再交付申請の理由 | 紛失盗　難破損その他(　　　　　　　　　　) |
| 　上記の理由により、資格確認書等の再交付を申請します。**被保険者の本人の住所・氏名を****記入し、必ず押印してください****被保険者の本人の住所・氏名を****記入し、必ず押印してください****被保険者の本人の住所・氏名を****記入し、必ず押印してください****被保険者の本人の住所・氏名を****記入し、必ず押印してください****被保険者の本人の住所・氏名を****記入し、必ず押印してください****被保険者の本人の住所・氏名を****記入し、必ず押印してください**　　　　令和６年１２月１０日**被保険者の本人の住所・氏名を****記入してください**　　　　住所 合志市●●１２３４－５６７８　　　　　　　　　　　　　　　氏名　後期　○○　　熊本県後期高齢者医療広域連合長　　様 |