

申請者の情報をご記入ください。
資格確認書を代理人の方が窓口で
受領する場合は、別途委任状が必
要です（同住所の家族を除く）。

記入例

後期高齢者医療資格確認書再交付申請書

届出者名	後期 花子	本人との関係	子
届出者住所	北本市本町△丁目△番地	連絡先電話番号	048-591-1111
被保険者番号	12345678	個人番号	
被 保 険 者	フリガナ	コウキ タロウ	
	氏 名	後期 太郎	
	生 年 月 日	昭和24 年 1 月 1 日	
	住 所	北本市本町○丁目○番地	
再交付申請の理由		資格確認書を紛失したため	
埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて			
上記のとおり、後期高齢者医療資格確認書の再交付を申請します。			
令和○ 年 ○ 月 ○ 日			
申請日（記入日）をご記入ください。			

被保険者の情報及び再交付申請の理由
をお書きください。
※個人番号は記入不要です。