

様式第8号（第7条関係）

後期高齢者医療資格確認書再交付申請書

|                                                                              |         |         |  |
|------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|--|
| 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    |  |
| 被<br>保<br>険<br>者                                                             | フリガナ    |         |  |
|                                                                              | 氏 名     |         |  |
|                                                                              | 生 年 月 日 | 年 月 日   |  |
|                                                                              | 住 所     |         |  |
| 再交付申請の理由                                                                     |         |         |  |
| <p>埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p> |         |         |  |