様式第９号の３（第８条関係）

後期高齢者医療 ｛ 資格確認書
特定疾病療養受療証
限度額適用（標準負担額減額）認定証
医療費通知（　年　月～　年　月分） ｝ 再交付・再通知申請書

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（８ケタ）			個人番号（１２ケタ）		
被保険者	フリガナ				
	氏　　名		性　別	男　・　女	
	生年月日	年　　月　　日			
	住　　所				
申請の理由	紛失　・　汚損　・　破損　・　その他（　　）				

滋賀県後期高齢者医療広域連合長　　様

上記のとおり、再交付・再通知を申請します。

年　　月　　日

《処理欄》	資格確認書	資格確認書以外	
交　付	済（　／　）・未	保険年金課窓口交付	郵送（　／　）
回　収	済（　／　）・未	済（　／　）・未	
本人確認方法	運転免許証　・　住基カード　・　マイナンバーカード　・　パスポート		
	後期高齢者医療関係証　・　介護保険関係証　・　公簿　・　その他（　　）		

※送付先同時設定（有）

※　申請書提出に際して来庁者が、被保険者本人又は同一世帯の者でない場合は、再交付は郵送となります。