**様式第６号**（第８条・第１５条関係）

# 後期高齢者医療　資格確認書等再交付申請書

（あて先）福岡県後期高齢者医療広域連合　広域連合長

次のとおり申請します。

なお、紛失等により失った資格確認書等を発見したときは、その資格確認書等を直ちに返納することを誓約します。

令和　　年　　月　　日

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者（申請者） | 被保険者番号 | | | 個人番号 | |
| | 氏　名 | | 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日 | |
| | 住所等 | （電話番号　　－　　－　　） | | | |
| 再交付を必要とするもの | □ 資格確認書<br>□ 特定疾病療養受療証<br>□ 限度額適用・標準負担額減額認定証<br>□ 被扶養者・障害・特定疾病証明書 | □ 資格情報のお知らせ<br>□ 限度額適用認定証<br>□ 資格喪失証明書 | | | |
| 再交付を必要とする理由 | □ 紛　失　　□ 盗　難　　□ 破　損<br>□ その他（　　） | | | | |
| 申請が被保険者以外の場合 | 氏　名 ……　被保険者との続柄 ……<br>住所等 ……<br>（□被保険者と同じ）<br>電話番号 ……－……－……<br>（□被保険者と同じ） | | | | |

※太ワクの中の必要な部分だけ記入してください（申請（届出）が被保険者以外の場合で住所や電話番号が被保険者と同じ場合はレ点を付けてください）。

---

市区町村処理欄

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 交付状況 | □ 窓口交付（本人確認が必要）<br>□ 郵　送 | □ マイナンバーカード<br>□ 運転免許証<br>□ その他（　　） | | | |
| 備　考 | | | | | |
| | 受付年月日 | 受　付 | 端末入力 | 交　付 | 受付責任者 |
| | ・　・ | | | | |