

記入例

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	幸手 桜子	本人との関係	本人
届出者住所	幸手市東4丁目6番8号	連絡先電話番号	43-1111

被保険者番号		12345678	個人番号	123456789000
被 保 険 者	フリガナ	サツテ サクラコ		
	氏 名	幸手 桜子		
	生 年 月 日	昭和22年 2月 22日		
	住 所	幸手市東4丁目6番8号		
再交付申請の理由		紛失のため		
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 6年12月 2日				