様式第６号（第５条、第29条関係）

後期高齢者医療　資格確認書等　再交付申請書

年　　月　　日

長野県後期高齢者医療広域連合長　宛

住　所

申請者　氏　名

電　話

次の証等の再交付を受けたいので、高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第17条・第21条・第62条第８項の規定により申請します。

<table>
<tr><td rowspan="4">被保険者</td><td>被保険者番号</td><td></td><td>個人番号</td><td></td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td><td>男　・　女</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">申請理由</td><td colspan="3">・紛失　　・棄損　　・その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">再発行に係る証等の種類</td><td colspan="3">・資格確認書　　・資格情報のお知らせ
・特定疾病療養受療証　　・その他（　　）</td></tr>
</table>