

【記載例】下記の①～④の箇所についてご記入いただき、必要な書類を持参（郵送の場合は添付書類は不要です。）の上、届け出てください。

様式第9号の3（第8条関係）

後期高齢者医療

資格確認書
資格情報のお知らせ

① 再交付が必要な
名称に必ず〇を
してください。

届出 ※ 被保険者とは別の方が申請書の記入および窓口への届け出をされる場合は、記入（届出）される方のお名前・住所・被保険者本人との続柄・連絡先のお電話番号をご記入ください。（書類に不備があった場合などに、連絡させていただくことがあります。）

届出 ※ 被保険者と異なる住所の方が申請される場合は委任状が必要です

被保険者 番号 (8ケタ)	0	1	2	3	4	5	6	7	個人番号 (12ケタ)	9	1	0
フリガナ	ナガハト											
氏名	長浜 太郎											
生年月日	昭和20年 4月 1日											
住所	※現在マイナ保険証を利用されており、資格確認書の交付を希望の方は資格確認書交付申請またはマイナンバー登録解除の手続きが必要です。 (連絡先電話番号： 0749 - 65 - 6527)											
申請の理由	紛失のため											

② 資格確認書または資格情報のお知らせに記載されている「被保険者番号（0から始まる8桁の数字）」をご記入ください。

③ 被保険者ご本人のお名前・生年月日・住所（連絡先電話番号）をご記入ください。申請の理由について、わからなければ「紛失のため」とお書きください。

※現在マイナ保険証を利用されており、資格確認書の交付を希望の方は資格確認書交付申請またはマイナンバー登録解除の手続きが必要です。

滋賀県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、後期高齢者医療 上記 の再交付または再通知を申請します。

令和6年 12月 2日

④ 申請書を提出される日付をご記入ください。