

後期高齢者医療資格確認書等再交付（再通知）申請書

被 保 険 者	被 保 険 者 番 号		個 人 番 号	
	フリガナ			
	氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日		
	住 所	〒 — 電話番号（ ） —		
再交付（再通知）する 証 明 書	☐ 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（ ）			
申 請 理 由	☐ 紛失・焼失 ☐ 破損・汚損 ☐ その他（ ）			
（宛先）石川県後期高齢者医療広域連合長 上記の理由により、再交付（再通知）の申請をします。 令和 年 月 日 【申請者】 〒 — 住 所 _____ 氏 名 _____ 被保険者との続柄（ ） 電話番号（ ） —				

※事務処理欄

証 処 理	交付： 窓口 ・ 郵送 (/)	備 考	
	回収： 済 ・ 未 (/)		

代理権の確認		身元確認（本人又は代理人）			番号確認	
☐ 本人の資格確認書等 ☐ 委任状 ☐ 登記事項証明書 ☐ その他（	1点	☐ 個人番号カード ☐ プレ印字書類	☐ 運転免許証 ☐ その他（	☐ 障害者手帳 ☐ 年金手帳	☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ システム ☐ その他（	
	2点	☐ 資格確認書 ☐ その他（				