

後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書

申請者氏名		本人との関係	
申請者住所		連絡先電話番号	

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 ( ) -		

再交付する証明書	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 資格証明書 <input type="checkbox"/> 減額認定証 <input type="checkbox"/> 限度額認定証 <input type="checkbox"/> その他 (                      )
----------	---

申請理由	<input type="checkbox"/> 紛失・焼失 <input type="checkbox"/> 破損・汚損 <input type="checkbox"/> 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、再交付の申請をします。

年 月 日

※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	
<input type="checkbox"/> 本人の被保険者証等	1点	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 障害者手帳	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> システム
<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書		<input type="checkbox"/> プレ印字書類	<input type="checkbox"/> その他 (                      )		<input type="checkbox"/> 通知カード	
<input type="checkbox"/> システム(同一世帯確認)	2点	<input type="checkbox"/> 健康保険証	<input type="checkbox"/> 年金手帳		<input type="checkbox"/> その他 (                      )	
<input type="checkbox"/> その他 (                      )		<input type="checkbox"/> その他 (                      )				