

後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書

被 保 険 者	被保険者番号			個人番号		
	フリガナ				性 別	男 ・ 女
	氏名					
	生年月日	年 月 日				
	住所	〒 -				
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"/> 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（ ）					
<p>(宛先) 石川県後期高齢者医療広域連合長</p> <p>上記の理由により、再交付の申請をします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">【申請者】</p> <p style="text-align: right;">〒 -</p> <p style="text-align: right;">住所 _____</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____ (印)</p> <p style="text-align: right;">被保険者との続柄（ ）</p> <p style="text-align: right;">電話番号（ ） - _____</p>						

※事務処理欄

証 処 理	交付： 窓口 ・ 郵送（ / ）	申 請 者 確 認	<input type="checkbox"/> 運転免許証	備 考	
	回収： 済 ・ 未（ / ）		<input type="checkbox"/> パスポート		
			<input type="checkbox"/> その他（ ）		
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"/> 委任状		<input type="checkbox"/> その他（ ）			
<input type="checkbox"/> 登記事項証明書	2点	<input type="checkbox"/> 健康保険証	<input type="checkbox"/> 年金手帳	<input type="checkbox"/> プレ印字書類	<input type="checkbox"/> システム
<input type="checkbox"/> その他（ ）		<input type="checkbox"/> その他（ ）			