

後期高齢者医療被保険者証等送付先申請書

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	明治・大正・昭和 年 月 日		
	住所	〒 - 電話番号 () -		
郵 送 を 希 望 す る 送 付 	フリガナ			
	氏名			
	住所	〒 - 電話番号 () -		
申請理由				
<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、郵送物の送付先を申請します。</p> <p>年 月 日</p>				

※市町確認欄

代理権の確認	身元確認 (本人又は代理人)	番号確認	備考
<input type="checkbox"/> 本人の被保険者証等 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> システム(同一世帯確認) <input type="checkbox"/> その他 ()	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"/> プレ印字書類 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> システム <input type="checkbox"/> その他 ()	
	2点 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()		