

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
	氏名			男 ・ 女
	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和	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"/> 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（                      ）			
<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 _____ ⑧</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（    /    ）	備 考	
	回収：済・未（    /    ）		
代理権の確認		身元確認（本人又は代理人）	
<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"/> プレ印字書類 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他（                      ）	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他（                      ） <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他（                      ）	
		番号確認	
		<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（                      ）	