

後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書

提出者等	<input type="checkbox"/> 本人	氏名		電話番号	
	<input type="checkbox"/> 代理人〔	住所			

被保険者	被保険者番号				
	個人番号				
	フリガナ			電話番号	
	氏名			電話番号	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女	
	住所	〒			
	保険者番号				

再交付の種別

被保険者証 特定疾病療養受療証 限度額適用・標準負担額減額認定証
 限度額適用認定証 その他 ()

再交付の申請理由

紛失 汚損 破損
 その他 {焼失、盗難、未着、その他 () }

福島県後期高齢者医療広域連合長

上記のとおり被保険者証等の再交付を申請します。

年 月 日

申請者 氏 名

※以下の欄は記入しないでください。

本人確認事項		
<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証の再交付のために来庁したのは、本人であることを証明します。	
<input type="checkbox"/> 外国人登録証		
<input type="checkbox"/> 身分証明書	年 月 日	
<input type="checkbox"/> その他〔	〕 所属課名 課 氏 名	
処理欄	証交付(未・済) 年 月 日 即時・郵送 回収(未・済) 年 月 日 電算処理(未・済) 年 月 日 無効告示 年 月 日 入力 確認	
	個人番号の確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード・通知カード <input type="checkbox"/> その他()	
	個人番号の本人確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他()	
	個人番号の代理権確認 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> その他()	
	備考	市町村名