

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					
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	
	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。

<b>本人確認事項</b>	
<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<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"/> 運転免許証	
<input type="checkbox"/> 外国人登録証	年 月 日
<input type="checkbox"/> 身分証明書	所属課名 課
<input type="checkbox"/> その他〔 〕	氏 名

処 理 欄	被保険者証等	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	