

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〔 〕		<small>（署名又は記名押印）</small>
		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
 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。

平成 年 月 日

申請者 氏名 ①

※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			
<input type="checkbox"/> その他〔 〕	平成 年 月 日	所属課名	課
氏名			
処理欄	被保険者証等		証交付(未・済) 平成 年 月 日 即時・郵送
			回収(未・済) 平成 年 月 日
			電算処理(未・済) 平成 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