様式第６号（第４条関係）

# 後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 提出者等 | □ 本人 | 氏　名 | (署名又は記名押印) | 電話番号 | |
| | □ 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 | 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**

□ 運転免許証

□ 外国人登録証

□ 身分証明書

□ その他〔　　〕

□ 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。

年　　月　　日

所属課名　　課

氏　　名

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 処理欄 | 被保険者証等 | 証交付(未・済)　年　月　日　即時・郵送<br>回収(未・済)　年　月　日<br>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 | □ 個人番号カード･通知カード　□ その他(　　) | | | |
| | 個人番号の本人確認 | □ 個人番号カード　□ 運転免許証　□ その他(　　) | | | |
| | 個人番号の代理権確認 | □ 委任状　□被保険者証　□ その他(　　) | | | |
| | 備　考 | | 市町村名 | | |