

後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書

| | | | |
|-------|--|---------|--|
| 申請者氏名 | | 本人との関係 | |
| 申請者住所 | | 連絡先電話番号 | |

| | | | | | |
|--|--------|--|------|---|---|
| 被 保 険 者 | 被保険者番号 | | 個人番号 | | |
| | フリガナ | | | | |
| | 氏名 | | | | |
| | 生年月日 | | 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（ ） | | | |
| （宛先）石川県後期高齢者医療広域連合長 上記の理由により、再交付の申請をします。 年 月 日 | | | | | |

※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） | | | 番号確認 | |
|---|----|--|--|--------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> 本人の被保険者証等 | 1点 | <input type="checkbox"/> 個人番号カード | <input type="checkbox"/> 運転免許証 | <input type="checkbox"/> 障害者手帳 | <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"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 | | <input type="checkbox"/> プレ印字書類 | <input type="checkbox"/> その他（ ） | | <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| <input type="checkbox"/> システム（同一世帯確認） | 2点 | <input type="checkbox"/> 健康保険証 | <input type="checkbox"/> 年金手帳 | | | |
| <input type="checkbox"/> その他（ ） | | <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | | |