

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	3	9	0	7	4	0	2	6

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							
処 理 欄		<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						
	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	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;"></td> <td style="width: 20%; text-align: center;">市町村名</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> </table>				市町村名	
	市町村名						