

後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書

被 保 険 者	被 保 険 者 番 号		個 人 番 号		
	フリガナ			性 別	
	氏 名				男 ・ 女
	生 年 月 日	明治 ・ 大正 ・ 昭和			年 月 日
	住 所	〒 -			電話番号 ( ) -
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 ( )				
<p>(宛先) 石川県後期高齢者医療広域連合長</p> <p>上記の理由により、再交付の申請をします。</p> <p>令和      年      月      日</p> <p style="text-align: right;">【申請者】</p> <p style="text-align: right;">〒 -</p> <p style="text-align: right;">住 所 _____</p> <p style="text-align: right;">氏 名 _____</p> <p style="text-align: right;">被保険者との続柄 ( )</p> <p style="text-align: right;">電話番号 ( ) - _____</p>					

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