

後期高齢者医療資格確認書等再交付（再通知）申請書

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（再通知）する 証明書		<input type="checkbox"/> 資格確認書	<input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ	<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（再通知）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;">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）		番号確認	備考
<input type="checkbox"/> 本人の資格確認書等	1点	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	
<input type="checkbox"/> 委任状		<input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> プレ印字書類	<input type="checkbox"/> 通知カード	
<input type="checkbox"/> 登記事項証明書	<input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> システム		
<input type="checkbox"/> システム(同一世帯確認)	2点	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 年金手帳	<input type="checkbox"/> その他	
<input type="checkbox"/> その他（ ）		<input type="checkbox"/> その他（ ）	（ ）	