

様式第12号 (第9条関係)

後期高齢者医療各証書等再交付申請書							
被 保 険 者	住 所						
	氏 名						
	生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日					
	性 別	男 ・ 女					
	被 保 険 者 番 号						
	個 人 番 号	※特定疾病療養受療証、限度額適用・標準負担額減額認定証の場合は記入不要					
	理 由	1 紛 失 2 汚 損 3 その他 ()					
<p>上記被保険者に係る</p> <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 被保険者証</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 短期被保険者証</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 被保険者資格証明書</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証</td> <td colspan="2" style="border: none;"><input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証</td> </tr> </table> <p>の再交付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 (記入された方)</p> <p style="text-align: center;">住 所 〒 _____</p> <p style="text-align: center;">氏 名 (印)</p> <p style="text-align: center;">電話番号 _____</p> <p style="text-align: center;">被保険者との関係 ()</p> <p style="text-align: center;">被保険者から依頼を受けた日 (年 月 日)</p> <p>佐賀県後期高齢者医療広域連合長 様</p>		<input type="checkbox"/> 被保険者証	<input type="checkbox"/> 短期被保険者証	<input type="checkbox"/> 被保険者資格証明書	<input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証	<input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証	
<input type="checkbox"/> 被保険者証	<input type="checkbox"/> 短期被保険者証	<input type="checkbox"/> 被保険者資格証明書					
<input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証	<input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証						

[市町記入欄]

市町(支所)名 [_____]	受付日 [_____]	受付者名 [_____] ・ 郵送
申請者確認方法 (下記 _____ 番で確認)		交付方法 : _____ 窓口 ・ 郵送
①個人番号カード・後期被保証・写真入り身分証明書の提示 ②被保険者からの委任状持参 ③申請勸奨通知・介護保険被保証等複数の公的書類 ④入所施設等職員で写真入り職員証等の提示 ⑤成年後見人等を示す公正証書等の提示 ⑥住所・氏名・生年月日等を申告してもらい住基等で確認 ⑦その他 (_____)		
番号確認方法 (右記 _____ 番で確認)	①個人番号カード ②通知カード ③個人番号が記載された住民票の写し等の証明書 ④住民基本台帳システムまたは標準システム等で確認	

[広域連合処理欄]

受付日	業務課長	副課長	係長	資格賦課係	担当	備考
. .						<input type="checkbox"/> 確認