

〈 記 入 例 〉

様式第12号 (第9条関係)

住所・氏名・生年月日・性別・被保険者番号を記入してください。

再交付理由のうち当てはまるものに○を付けてください。

再交付を申請される証書等にチェック(レ点)をつけてください。

提出日を記入してください。

記入された方の住所・氏名・電話番号・被保険者との関係を記入のうえ、捺印してください。

申請者(記入された方)が被保険者の代理人である場合、依頼を受けた日を記入ください。

また、この申請書のほかに委任状(任意様式)、記入された方の本人確認書類(運転免許証など)の提示が必要です。

記入しないでください。

後期高齢者医療各証書等再交付申請書										
被 保 険 者	住 所	佐賀県佐賀市大和町尼寺1870番地								
	氏 名	広域 太郎								
	生 年 月 日	明・大	○	3	年	2	月	1	日	
	性 別	○男・女								
	被 保 険 者 番 号	0	1	2	3	4	5	6	7	
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()									
上記被保険者に係る										
<input checked="" 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										
の再交付を申請します。 ○年○月○日										
申請者(記入された方) 住 所 〒840-0201 佐賀県佐賀市大和町尼寺1870番地 氏 名 広域 花子 (広域) 電話番号 0952-64-8476 被保険者との関係 (妻) 被保険者から依頼を受けた日 (○年 ○月 ○日) 佐賀県後期高齢者医療広域連合長 様										

〔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・後期被保険証・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申請勧奨通知・介護保険被保険者等複数の公的書類 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いただく任基等で確認 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