

# 〈 記 入 例 〉

様式第10号(第10条関係)

## 後期高齢者医療各証書等再交付申請書

住所・氏名・生年月日・被保険者番号・個人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してください。

また、この申請書のほかに委任状、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。

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・		昭	3 年		2 月		1 日		
	被 保 険 者 番 号	0	1	2	3	4	5	6	7		
	個 人 番 号										
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"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証											
の再交付又は再通知を申請します。											
○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 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)											