

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
	被保険者番号	
	個 人 番 号	
	理 由	1 紛 失 2 汚 損 3 その他()
<p>上記被保険者に係る</p> <p style="text-align: center;"> <input 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 </p> <p>の再交付又は再通知を申請します。</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</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>		

〔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個人番号カード等身分証明書の提示 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