様式第６号（第４条関係）

後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書

提出者等	□ 本人	氏　名	（署名又は記名押印）	電話番号	
	□ 代理人〔　　〕	住　所			

被保険者	被保険者番号				
	個人番号				
	フリガナ		電話番号		
	氏　名				
	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日	性別	男　・　女	
	住　所	〒			
	保険者番号				

再交付の種別

□ 被保険者証　　□ 特定疾病療養受療証　　□限度額適用・標準負担額減額認定証

□ その他〔　　〕

再交付の申請理由

□ 紛失　　□ 汚損　　□破損

□ その他｛焼失、盗難、未着、その他（　　）｝

福島県後期高齢者医療広域連合長

上記のとおり被保険者証等の再交付を申請します。

平成　　年　　月　　日

申請者　　氏　名　　㊞

※以下の欄は記入しないでください。

本人確認事項

□ 運転免許証

□ 外国人登録証

□ 身分証明書

□ その他〔　　〕

□ 後期高齢者医療被保険者証の再交付のために来庁したのは、本人であることを証明します。

平成　　年　　月　　日

所属課名　　課

氏　　名

処理欄	被保険者証等	証交付（未・済）　平成　　年　　月　　日　即時　・　郵送 回収（未・済）　平成　　年　　月　　日 電算処理（未・済）　平成　　年　　月　　日			
		無効告示　　年　　月　　日	入力		確認
	個人番号の確認	□ 個人番号カード・通知カード　　□ その他（　　）			
	個人番号の本人確認	□ 個人番号カード　□ 運転免許証　□ その他（　　）			
	個人番号の代理権確認	□ 委任状　　□被保険者証　□ その他（　　）			
	備　考		市町村名		