

### 後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書

提出者等	<input type="checkbox"/> 本人	氏 名	電話番号
	<input type="checkbox"/> 代理人〔 〕	住 所	(署名又は記名押印)

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	3	9	0	7	5	4 6 0

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。

年      月      日

申請者 氏 名      印

※以下の欄は記入しないでください。

<b>本人確認事項</b>	
<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 外国人登録証 <input type="checkbox"/> 身分証明書 <input type="checkbox"/> その他〔 〕	<input type="checkbox"/> 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。  年      月      日 ) 所属課名      課 氏 名

処 理 欄	被保険者証等	証交付(未・済)	年      月      日	即時・郵送	
		回収(未・済)	年      月      日		
		電算処理(未・済)	年      月      日		
		無効告示	年      月      日	入 力      確 認	
	個人番号の確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード・通知カード <input type="checkbox"/> その他( )			
	個人番号の本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他( )			
個人番号の代理権確認	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> その他( )				
備 考			市町村名		