

後期高齢者医療再交付申請書

届出者	氏名		本人との関係	
	住所		連絡先電話番号	

被保険者	被保険者番号		個人番号		
	(フリガナ) 氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日
	住所				

再交付を希望する 証の種類	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証
再交付申請の理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損・汚損 <input type="checkbox"/> その他 ()	

富山県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、再交付を申請します。なお、紛失等により失った被保険者証等を発見したときは、直ちに返納します。

年 月 日 申請者 住 所 _____

氏 名 _____ ⑩

※以下の欄は記入しないでください。

処 理 欄	交付方法	<input type="checkbox"/> 窓口交付(要本人確認) <input type="checkbox"/> 郵送(<input type="checkbox"/> 市町村 <input type="checkbox"/> 広域連合) <input type="checkbox"/> その他()			
	本人 確認 書類	1点書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証() <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 住基カード(写真有) <input type="checkbox"/> 在留カード等 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳等(写真確認可) <input type="checkbox"/> 官公署の身分証明書・免許証・許可証(写真有)		
		複 数 書 類	①	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 年金証書 <input type="checkbox"/> 住基カード(写真無) <input type="checkbox"/> その他()	
	②		<input type="checkbox"/> 学生証 <input type="checkbox"/> 法人の身分証明書 <input type="checkbox"/> 官公署の資格証明書(写真有) <input type="checkbox"/> その他(所属 課 氏名 知人・聞き取り)		
	※複数書類の場合は「①が2つ」又は「①1つ+②1つ」が必要				
	備考	<input type="checkbox"/> 戸籍確認	市町村受付印		広域連合受付印