

後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書

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"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> その他 ()		
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 _____

※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			