

後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書

記入例

届出者	<input checked="" type="checkbox"/> 本人	氏名	浪江 太郎	電話番号	090-1234-5678
	<input type="checkbox"/> 代理人〔 〕	住所	浪江町大字 幾世橋字六反田7番地2		

被 保 険 者	被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7				
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
	フリガナ	ナミエ タロウ						電話番号 (現在連絡がとれるもの)	090-1234-5678				
	マイナンバーを ご記入ください。	浪江 太郎						昭和●年●月●日		性別	男		
	住所	〒979-1592 浪江町大字 幾世橋字六反田7番地2											
保険者番号	3	9	0	7	5	4	7	8					

<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
 一部負担金免除証明書 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。

令和 ● 年 ● 月 ● 日

申請者（被保険者）氏名

浪江 太郎

※以下の欄は記入しないでください。

【本人確認事項】				
<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）	令和 年 月 日	即時・郵送
		回収（未・済）	令和 年 月 日	
		電算処理（未・済）	令和 年 月 日	
		無効告示	年 月 日	入力
	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	浪 江 町		