

後期高齢者医療再交付(再通知)申請書

富山県後期高齢者医療広域連合長 様

次のとおり申請します。

			年	月	日
申請者	フリガナ氏名		被保険者本人との続柄		
	住所				
	TEL				

被保険者	被保険者番号		個人番号		
	(フリガナ)氏名		性別	☐ 男	生 年 月 日
				☐ 女	☐ 大正 ☐ 昭和 年 月 日
	住所				
再交付(再通知)を希望する証等の種類		☐ 資格確認書 ☐ 特定疾病療養受療証 ☐ 資格情報のお知らせ ☐ その他 ()			
申請の理由		☐ 紛失 ☐ 破損 ☐ 汚損			

なお、紛失等により失った資格確認書等を発見したときは直ちに返納します。

※以下の欄は記入しないでください。

処理欄	交付方法		☐ 窓口交付(要本人確認) ☐ 郵送(☐ 市町村 ☐ 広域連合)
	本人確認書類	1点書類	☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ 運転経歴証明書(H24.4.1以降) ☐ パスポート ☐ 障害者手帳等 ☐ 在留カード等 ☐ 顔写真付きの官公署が発行した身分証明書等 ☐ その他 ()
		2点書類	☐ 資格確認書 ☐ 介護被保険者証 ☐ 年金手帳・証書 ☐ 官公署が発行した身分証明書等 ☐ その他 ()
			※2点書類の場合は「漢字氏名」及び「生年月日」又は「住所」が記載されているものに限る。
	代理人		☐ 委任状(任意代理人) ☐ 登記事項証明書(法定代理人)
備考			