様式第９号

後期高齢者医療資格確認書等再交付・再通知申請書

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	コウイキ　ハナコ	生年月日	
	被保険者氏名	広域　花子	昭和３年　４月　５日	
	住所	新潟市〇区〇町〇番〇号		

再交付・再通知する証明書等	①．資格確認書 ２．資格確認書（特別療養） ３．特定疾病療養受療証 ４．資格情報のお知らせ
申請の理由	①．紛失　２．破損・汚損　３．その他（　　）

上記について再交付・再通知申請します。

令和　〇年　〇月　〇日

住所　新潟市〇区〇町〇番〇号

申請者　氏名　広域　花子　印（自署の場合は押印不要）

電話番号　０２５（３４５）６７８９

（あて先）　新潟県後期高齢者医療広域連合長

成年後見任の方は
申請者欄に＜成年後見人氏名＞を
記入してください。

【委任欄】再交付を受ける証の受領を次の者に委任します。

年　月　日

委任する人　氏名　㊞（自署の場合は押印不要）

委任を受ける人　住所

氏名

電話番号　（　　）

委任する人との関係

来庁者が被保険者本人以外の場合は、
【委任欄】も記入してください。

※以下の欄は記入しないで下さい。

職員処理欄	交付年月日	年　月　日　交付・郵送
	交付方法	１．窓口交付　２．郵送交付　３．その他（　　）
	申請者の身元確認	１．免許証又は公共機関が交付する顔写真付きの手帳等 ２．金融機関の通帳 ３．身元の確認が取れないため郵送交付