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																
	個人番号																
	フリガナ													生年月日			
	被保険者 氏　名													年　月　日			
	住　所																

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。

年　　月　　日

住　所

申請者　氏　名　　㊞（自署の場合は押印不要）

電話番号　　（　　）

（あて先）　新潟県後期高齢者医療広域連合長

【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

※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