

## 後期高齢者医療 被保険者証等再交付申請書

被 保 険 者	被保険者番号			
	個人番号			
	フリガナ		性別	生年月日
	被保険者 氏 名			年 月 日
	住 所			

再交付する 証 明 書	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者証 <input type="checkbox"/> 2. 被保険者資格証明書 <input type="checkbox"/> 3. 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 4. 限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 5. 限度額適用認定証
申請の理由	<input type="radio"/> 1. 紛失 <input type="radio"/> 2. 破損・汚損 <input type="radio"/> 3. その他 (                      )

上記について再交付申請します。

年 月 日

住 所

申請者 氏 名 ①

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 ①

委任を受ける人      住 所

氏 名 ①

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	