

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	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						性別	生年月日				
	被保険者氏名	広域 花子						女	昭和3年4月5日				
	住所	新潟市中央区新光町4番地1											

再交付する証明書	<ol style="list-style-type: none"> ① 被保険者証 2. 被保険者資格証明書 3. 特定疾病療養受療証 4. 限度額適用・標準負担額減額認定証 5. 限度額適用認定証
申請の理由	<ol style="list-style-type: none"> ① 紛失 2. 破損・汚損 3. その他 ()

上記について再交付申請します。
平成〇〇年〇〇月〇〇日

住所 新潟市中央区新光町4番地

申請者 氏名 広域 花子

電話番号 025 (285) 3222

(あて先) 新潟県後期高齢者医療広域連合長

成年後見人の方は申請者欄に〈成年後見人氏名〉を書いてください。



【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 ㊞

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	