〈 記 入 例 〉

様式第１２号（第9条関係）

後期高齢者医療各証書等再交付申請書

被保険者	住所	佐賀県佐賀市大和町尼寺１８７０番地
	氏名	広域　太郎
	生年月日	(明)・大・昭　３　年２　月１　日
	性別	(男)・女
	被保険者番号	０　１　２　３　４　５　６　７
	個人番号	※特定疾病療養受療証、限度額適用認定証、限度額適用・標準負担額減額認定証の場合は記入不要
	理由	(1 紛失)　2 汚損　3 その他（　　）

上記被保険者に係る

☑ 被保険者証　□ 短期被保険者証　□ 被保険者資格証明書
□ 特定疾病療養受療証　□ 限度額適用認定証
□ 限度額適用・標準負担額減額認定証

の再交付を申請します。

○年○月○日

申請者（記入された方）
住　所　〒８４０－０２０１
佐賀県佐賀市大和町尼寺１８７０番地
氏　名　広域　花子　(広域)
電話番号　０９５２－６４－８４７６
被保険者との関係（　妻　）
被保険者から依頼を受けた日（　○年　○月○　日）

佐賀県後期高齢者医療広域連合長　様

〔市町記入欄〕

市町(支所)名〔　　〕	受付日〔　.　.　〕	受付者名〔　　〕・郵送
申請者確認方法　（下記＿＿番で確認）		交付方法：窓口・郵送

①個人番号カード・後期被保証・写真入り身分証明書の提示　②被保険者からの委任状持参
③申請(届)受通知・介護保険被保証等複数の公的書類　④入所施設等職員で写真入り職員証等の提示
⑤成年後見人等を示す公正証書等の提示　⑥住所・氏名・生年月日等を申告してもらい住基等で確認
⑦その他（　　）

番号確認方法 (右記＿＿番で確認)	①個人番号カード　②通知カード　③個人番号が記載された住民票の写し等の証明書 ④住民基本台帳システムまたは標準システム等で確認

〔広域連合処理欄〕

受付日	. .	業務課長	副課長	係長	資格賦課係	担当　備考
						□確認

住所・氏名・生年月日・性別・被保険者番号を記入してください。

再交付理由のうち当てはまるものに○を付けてください。

再交付を申請される証書等にチェック（レ点）をつけてください。

提出日を記入してください。

記入された方の住所・氏名・電話番号・被保険者との関係を記入のうえ、捺印してください。

申請者（記入された方）が被保険者の代理人である場合、依頼を受けた日を記入ください。

また、この申請書のほかに委任状（任意様式）、記入された方の本人確認書類（運転免許証など）の**提示**が必要です。

記入しないでください。