

後期高齢者医療各証書等再交付申請書		
被 保 険 者	住 所	
	氏 名	
	生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日
	被 保 険 者 番 号	
	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

- |   |                                   |                                    |
|---|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 被保険者証            | <input type="checkbox"/> 短期被保険者証  | <input type="checkbox"/> 被保険者資格証明書 |
| <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証        | <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 |                                    |
| <input type="checkbox"/> 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 〒 \_\_\_\_\_

氏 名

電話番号

被保険者との関係（ ）

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申請勸奨通知・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
. .						<input type="checkbox"/> 確認