

# 〈 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

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。

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	
	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 <input checked="" 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 〒840-0201 佐賀県佐賀市大和町尼寺1870番地 氏 名 広域 花子 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 [                      ]	受付口 [                      ]	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・後期被保険証・写真入り身分証明書等の提示                      ②被保険者からの委任状持参 ③申請勧奨通知・介護保険被保険者等の複数の公的書類                      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)						
受付口	業務課長	副課長	係長	資格賦課係	担当	備考
						<input type="checkbox"/> 確認