

後期高齢者医療再交付申請書

届出者	氏 名		本 人 と の 関 係	
	住 所		連 絡 先 電 話 番 号	

被 保 険 者	被保険者番号			個人番号				
	(フリガナ) 氏 名			性 別	☐ 男 ☐ 女	生 年 月 日		
						☐ 明治 年	☐ 大正 月	☐ 昭和 日
	住 所							
再交付を希望する 証 の 種 類		☐ 被保険者証 ☐ 限度額適用・標準負担額減額認定証 ☐ 特定疾病療養受療証 ☐ 限度額適用認定証 ☐ その他 ()						
再交付申請の理由		☐ 紛失 ☐ 破損・汚損 ☐ その他 ()						
富山県後期高齢者医療広域連合長 様								
上記のとおり、再交付を申請します。なお、紛失等により失った被保険者証等を発見したときは、直ちに返納します。								
令和 年 月 日 申請者 住 所 _____								
氏 名 _____ (印)								

※以下の欄は記入しないでください。

処 理 欄	交 付 方 法		□窓口交付(要本人確認) □郵送(□市町村 □広域連合) □その他()		
	本 人 確 認 書 類	1 点 書 類	□運転免許証() □パスポート □住基カード(写真有) □在留カード等 □個人番号カード □身体障害者手帳等(写真確認可) □官公署の身分証明書・免許証・許可証(写真有)		
		複 数 書 類	①	□被保険者証 □介護被保険者証 □年金手帳 □年金証書 □住基カード(写真無) □その他()	
			②	□学生証 □法人の身分証明書 □官公署の資格証明書(写真有) □その他(所属 課 氏名 知人・聞取り)	
		※複数書類の場合は「①が2つ」又は「①1つ+②1つ」が必要			
	備 考		□戸籍確認	市町村受付印	広域連合受付印