

後期高齢者医療資格確認書等再交付（再通知）申請書

申請者氏名		本人との関係	
申請者住所		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				
	生年月日		年	月	日
	住所	〒			—

再交付（再通知）する 証明書	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 資格情報通知書（資格情報のお知らせ） <input type="checkbox"/> その他（                      ）
-------------------	--

申請理由	<input type="checkbox"/> 紛失・焼失 <input type="checkbox"/> 破損・汚損 <input type="checkbox"/> その他（                      ）
------	--

(宛先) 石川県後期高齢者医療広域連合長

上記の理由により、再交付（再通知）の申請をします。

年      月      日

※事務処理欄

証 処 理	交付： 窓口・郵送（    /    ）	備 考	
	回収： 済・未（    /    ）		

代理権の確認		身元確認（本人又は代理人）			番号確認	
<input type="checkbox"/> 本人の資格確認書等	1点	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 障害者手帳	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> システム
<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書		<input type="checkbox"/> プレ印字書類	<input type="checkbox"/> その他（                      ）		<input type="checkbox"/> その他（                      ）	
<input type="checkbox"/> システム(同一世帯確認)	2点	<input type="checkbox"/> 資格確認書	<input type="checkbox"/> 年金手帳		<input type="checkbox"/> その他（                      ）	
<input type="checkbox"/> その他（                      ）		<input type="checkbox"/> その他（                      ）				