

後期高齢者医療再交付(再通知)申請書

富山県後期高齢者医療広域連合長 様  
次のとおり申請します。

年 月 日

|     |        |                   |            |     |
|-----|--------|-------------------|------------|-----|
| 申請者 | フリガナ氏名 | コウイキ 広域<br>ハナコ 花子 | 被保険者本人との続柄 | 子の妻 |
|     | 住所     | 富山市新桜町7番38号       |            |     |
|     | 電話番号   | 076-465-7502      |            |     |

本人、同一世帯員、法定代理人以外が申請の場合、原則委任状が必要です。

|                    |        |                                                                                                                                   |               |                                                                                                                                      |
|--------------------|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 被保険者               | 被保険者番号 | 01234567                                                                                                                          | 個人番号          | 省略可                                                                                                                                  |
|                    | フリガナ氏名 | コウイキ イチロウ<br>-----<br>広域 一郎                                                                                                       | 性別            | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女<br>生年月日<br><input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和<br>年 月 日 |
|                    | 住所     | <input type="checkbox"/> 同上                                                                                                       | 富山市婦中町速星754番地 |                                                                                                                                      |
| 再交付(再通知)を希望する証等の種類 |        | <input checked="" type="checkbox"/> 資格確認書 または 資格情報のお知らせ<br><input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |               |                                                                                                                                      |
| 申請の理由              |        | <input checked="" type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損                                    |               |                                                                                                                                      |

資格情報のお知らせをお持ちの方が資格確認書をほしい場合、別書類が必要です。

なお、紛失等により失った資格確認書等を発見したときは直ちに返納します。

|     |        |                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 処理欄 | 交付方法   | <input type="checkbox"/> 窓口交付(要本人確認) <input type="checkbox"/> 市町村郵送 <input type="checkbox"/> 広域連合郵送 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|     | 本人確認書類 | 1点書類                                                                                                | <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書(H24.4.1以降) <input type="checkbox"/> パスポート<br><input type="checkbox"/> 障害者手帳等 <input type="checkbox"/> 在留カード等 <input type="checkbox"/> 顔写真付きの官公署が発行した身分証明書等<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |
|     |        | 2点書類                                                                                                | <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 介護被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳・証書 <input type="checkbox"/> 官公署が発行した身分証明書等<br><input type="checkbox"/> その他 ( )<br>※2点書類の場合は「漢字氏名」及び「生年月日」又は「住所」が記載されているものに限る。                                                                     |
|     | 代理人    | <input type="checkbox"/> 委任状(任意代理人) <input type="checkbox"/> 登記事項証明書(法定代理人)                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 備考  |        |                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

被保険者本人から委任状をもらうことができない場合は、余白にその旨を記載してください。ただし即日交付はできず後日郵送対応となります。

(例) 本人手が不自由のため、委任状の記載ができない 等

|   |   |
|---|---|
| 市 | 広 |
| 町 | 域 |
| 村 | 収 |
| 収 | 受 |
| 受 |   |