

後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書

令和 年 月 日

(宛先)千葉県後期高齢者医療広域連合長

次のとおり申請します。

申請者氏名	Ⓜ	本人との関係	
申請者住所	〒 電話番号 ()		

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名		性別	男 ・ 女
	住所	〒 電話番号 ()		

再交付する書類	1 被保険者証 2 被保険者資格証明書 3 限度額適用認定証 4 限度額適用・標準負担額減額認定証 5 特定疾病療養受療証 6 その他()
申請の理由	1 紛失・焼失 2 破損・汚損 3 その他()

申請者の本人確認	1点	個番カ・免許・旅券・住カ(写有)・在カ・障害者手帳・運転経歴 その他官公署が発行した写真付きのもの()	発行方法	
	2点	ア 保険証(介護・国保・後期)・高齢受給者証・特定疾病証・特定疾患証・限度額証 その他官公署が発行した証で個人識別事項(①氏名②生年月日③住所)が確認できるもの()	窓口	郵送
	ア+ア もしくは ア+イ	イ 保険証(社保)・年金手帳・社員証・学生証・クレジットカ・キャッシュカ その他第三者が発行した個人識別事項(①氏名)が印字記載されたもの()		

※印鑑・確認書類・委任状が不備の場合は郵送になります。

※マイナンバーの通知カードは総務省の通知により、本人確認書類として取り扱うことが適当でないため、「ア」、「イ」のどちらにも該当しません。

窓口個人番号確認		テンプ	担当
<input type="checkbox"/> 照合済(個人カ・通知カ・個番入住民票) <input type="checkbox"/> 本人確認済 <input type="checkbox"/> 別世帯の場合は委任状	照合未		