|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 後期高齢者医療資格確認書等再交付・再通知申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　保　険　者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | 生 年 月 日 |
| 被保険者氏　　名 |  | 年　　　月　　　日 |
| 住　　所 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 再交付・再通知する証明書等 | １．資格確認書２．資格確認書（特別療養）３．特定疾病療養受療証４．限度額適用・標準負担額減額認定証５．限度額適用認定証６．資格情報のお知らせ |
| 申請の理由 | １．紛失　　２．破損・汚損　　３．その他（　　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| 　上記について再交付・再通知申請します。　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　申請者　氏　名　　　　　　　　　　　　（自署の場合は押印不要）　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　（　　　）　　　　　　　　　 （あて先）　新潟県後期高齢者医療広域連合長 |

|  |
| --- |
| 【委任欄】再交付・再通知を受ける証の受領を次の者に委任します。　　　年　　　月　　　日委任する人　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　（自署の場合は押印不要）委任を受ける人　　　住　　所　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　（　　　　）委任する人との関係 |

 |

※以下の欄は記入しないで下さい。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **職員処理欄** | 交付年月日 | 　　　年　　　月　　　日　　交付・郵送 |
| 交付方法 | １．窓口交付　　２．郵送交付　　３．その他（　　　　　） |
| 申請者の身元確認 | １．免許証又は公共機関が交付する顔写真付きの手帳等２．金融機関の通帳３．身元の確認が取れないため郵送交付 |