

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