

後期高齢者医療 被保険者証等再交付申請書

被 保 険 者	被保険者番号											
	個人番号											
	フリガナ						性別	生年月日				
	被保険者氏名						明治・大正・昭和 年 月 日					
	住所											

再交付する証明書	1. 被保険者証 2. 被保険者資格証明書 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
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申請します。

年 月 日

住所.....

申請者 氏名.....㊟

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	㊟
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	