

後期高齢者医療 資格確認書等再交付申請書

（あて先）福岡県後期高齢者医療広域連合 広域連合長

|                                                                     |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |            |             |      |  |
|---------------------------------------------------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|------------|-------------|------|--|
| 次のとおり申請します。<br>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、その資格確認書等を直ちに返納することを誓約します。 |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |            |             |      |  |
| 令和 年 月 日                                                            |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |            |             |      |  |
| 被<br>保<br>険<br>者<br>（<br>申<br>請<br>者<br>）                           | 被保険者番号 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  |            |             | 個人番号 |  |
|                                                                     | 氏 名    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |  |  |  | 生 年<br>月 日 | 明・大・昭 年 月 日 |      |  |
|                                                                     | 住 所 等  | (電話番号 — — )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |            |             |      |  |
| 再交付を必要とするもの                                                         |        | <div><div><input type="checkbox"/> 資格確認書</div><div><input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証</div><div><input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証</div><div><input type="checkbox"/> 被扶養者・障害・特定疾病証明書</div></div> <div><input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ</div> <div><input type="checkbox"/> 限度額適用認定証</div> <div><input type="checkbox"/> 資格喪失証明書</div> |  |  |  |  |  |            |             |      |  |
| 再交付を必要とする理由                                                         |        | <div><div><input type="checkbox"/> 紛 失</div><div><input type="checkbox"/> 盗 難</div><div><input type="checkbox"/> 破 損</div></div> <div><input type="checkbox"/> その他 ( )</div>                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |            |             |      |  |
| 申請が被保険者以外の場合                                                        |        | 氏 名 ..... 被保険者との続柄 .....<br><br>住所等 .....<br>(□被保険者と同じ)<br><br>電話番号.....<br>(□被保険者と同じ)                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |            |             |      |  |

※太ワクの中の必要な部分だけ記入してください（申請（届出）が被保険者以外の場合で住所や電話番号が被保険者と同じ場合はレ点を付けてください）。

市区町村処理欄

|         |                                                                                                                                                                                                                                                       |     |      |     |       |  |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------|-----|-------|--|
| 交 付 状 況 | <div><div><input type="checkbox"/> 窓口交付<br/>(本人確認が必要)</div><div><input type="checkbox"/> 郵 送</div></div> <div><div><input type="checkbox"/> マイナンバーカード</div><div><input type="checkbox"/> 運転免許証</div><div><input type="checkbox"/> その他 ( )</div></div> |     |      |     |       |  |
| 備 考     |                                                                                                                                                                                                                                                       |     |      |     |       |  |
| 受付年月日   |                                                                                                                                                                                                                                                       | 受 付 | 端末入力 | 交 付 | 受付責任者 |  |
| . .     |                                                                                                                                                                                                                                                       |     |      |     |       |  |