

様式第10号(第10条関係)

後期高齢者医療各証書等再交付申請書												
被 保 険 者	住 所											
	氏 名											
	生 年 月 日	明・大・昭	年	月	日							
	被 保 険 者 番 号											
	個 人 番 号											
理 由	1 紛 失 2 汚 損 3 その他()											
<p>上記被保険者に係る</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 </p> <p>の再交付又は再通知を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者(記入された方)</p> <p style="text-align: center;">住 所 〒 —</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">被保険者との関係()</p> <p style="text-align: center;">被保険者から依頼を受けた日(年 月 日)</p>												

〔市町記入欄〕

伊 万 里 市 (確 認 欄)	申請者確認方法 (右記__番で確認)	①個人番号カード等身分証明書の提示 ②被保険者からの委任状持参 ③申請勧奨通知・介護保険被保険等複数の公的書類 ④入所施設等職員で写真入り職員証等の提示 ⑤成年後見人等を示す公正証書等の提示 ⑥住所・氏名・生年月日等を申告してもらい住基等で確認 ⑦その他()									
	番号確認方法 (右記__番で確認)	①個人番号カード ②通知カード ③個人番号が記載された住民票の写し等の証明書 ④住民基本台帳システムまたは標準システム等で確認									
	課長	副課長	係長	担当者	交付	点検	受付	受付日	. .		
							交付方法	窓口 ・ 郵送			

〔広域連合処理欄〕

受付日	. .	業務課長	副課長	係長	資格賦課係	担当	備考
							<input type="checkbox"/> 確認