様式第８号(第９条・第18条関係)

後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書

届出者	氏　　名		本人との関係	
	住　　所		連絡先電話番号	

被保険者	被保険者番号		個人番号		
	(フリガナ) 氏　　名		性別	□ 男 □ 女	生　年　月　日 □ 明治 □ 大正 □ 昭和 年　　月　　日
	住　　所				
再交付を希望する証の種類		□ 被保険者証　□ 限度額適用・標準負担額減額認定証 □ 特定疾病療養受療証　□ その他　(　　)			
再交付申請の理由		□ 紛失　□ 破損・汚損　□ その他　(　　)			

富山県後期高齢者医療広域連合長　様

上記のとおり、再交付を申請します。なお、紛失等により失った被保険者証等を発見したときは直ちに返納します。

年　　月　　日　　申請者　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※以下の欄は記入しないでください。

処理欄	交付方法		□窓口交付(要本人確認) □郵送(□市町村 □広域連合) □その他(　　)	
	本人確認書類	1点書類	□運転免許証(　　) □パスポート □住基カード(写真有) □在留カード等 □個人番号カード □身体障害者手帳等(写真確認可) □官公署の身分証明書・免許証・許可証(写真有)	
		複数書類 ①	□被保険者証 □介護被保険者証 □年金手帳 □年金証書 □住基カード(写真無) □その他(　　)	
		複数書類 ②	□学生証 □法人の身分証明書 □官公署の資格証明書(写真有) □その他(所属　　課　氏名　　知人・聞取り)	
		※複数書類の場合は「①が２つ」又は「①１つ+②１つ」が必要		
	備考		□戸籍確認	市町村受付印 / 広域連合受付印