

後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書

被保険者番号		0	0	0	0	0	0	0	0	個人番号	0000	0000	0000
被保険者本人	フリガナ	サガミ イチロウ							生年月日	明・大・昭	性別	男・女	
	氏名	相模 一郎								10・10・25			
	住所	相模原市中央区中央2-11-15											
申請内容	<p>申請する証の種類及び申請理由</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>被保険者証等（短期証、資格証）</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>紛失 <input type="checkbox"/>破損・汚損 <input type="checkbox"/>その他（ ）</p> <p><input type="checkbox"/>限度額適用認定証</p> <p><input type="checkbox"/>紛失 <input type="checkbox"/>破損・汚損 <input type="checkbox"/>その他（ ）</p> <p><input type="checkbox"/>限度額適用・標準負担額減額認定証</p> <p><input type="checkbox"/>紛失 <input type="checkbox"/>破損・汚損 <input type="checkbox"/>その他（ ）</p> <p><input type="checkbox"/>特定疾病療養受療証</p> <p><input type="checkbox"/>紛失 <input type="checkbox"/>破損・汚損 <input type="checkbox"/>その他（ ）</p>												
<p>神奈川県後期高齢者医療広域連合長</p> <p style="text-align: right;">（申請日）</p> <p>上記のとおり申請いたします。 令和 元年 5月 7日</p> <p>（届出人） 氏 名 相模 花子 本人との関係 妻</p> <p>住 所 相模原市中央区中央2-11-15 連絡先電話番号 042-707-8787</p>													

被保険者の氏名・生年月日・性別・住所をご記入ください

該当の項目に☑をご記入ください

申請日は西暦でのご記入も可能です

申請書を記入された方の情報をご記入ください

受付	申請者	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 同世帯員（住基確認）	<input type="checkbox"/> 後見人（登記事項証明等確認）	
	本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 旅券	<input type="checkbox"/> 写真付個人番号カード	<input type="checkbox"/> その他顔写真付証明書（ ）
		<input type="checkbox"/> 介護保険証	<input type="checkbox"/> 各種健康保険証	<input type="checkbox"/> 年金手帳	<input type="checkbox"/> その他公的証明証（ ）
証交付	<input type="checkbox"/> 窓口交付⇒本人,同世帯員,後見人 <input type="checkbox"/> 郵送交付（発送日 / ,受療証交付 有・無）				
代理人氏名		被保険者本人との続柄			収受印
番号確認		受付担当者名			
<input type="checkbox"/> 番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> オンライン <input type="checkbox"/> 職員補記 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
代理権確認					
<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他（ ）					