

後期高齢者医療再交付申請書										
被 保 険 者	被保険者番号									
	個人番号									
	氏名					生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和			男 ・ 女
	住所	高知県高岡郡四万十町								
再交付の理由		1 汚損 2 破損 3 亡失 4 その他 ()			再交付が 必要なもの		1 被保険者証 2 特定疾病療養受療証 3 限度額適用・標準負担額 減額認定証 4 限度額適用認定証 5 その他()			
上記のとおり再交付を申請します。 R 年 月 日 高知県後期高齢者医療広域連合長 様 申請者 住所 四万十町 _____ 氏名 _____ 電話番号 () _____										
【本人確認方法】 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 職員確認() <input type="checkbox"/> 職員証 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 委任状										

代理人氏名() 続柄() 電話番号()

◎ 四万十町役場 町民課 後期高齢者医療係処理欄(こちらには記入しないでください)

受 付	証交付	交付者印
<input type="checkbox"/> 窓 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 郵 送 受付者印	<input type="checkbox"/> 窓 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 郵 送 発送日 /	

課長	副課長	係長	担当