様式第８号（第９条・第18条関係）

後期高齢者医療再交付申請書

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　□ 限度額適用認定証 □ 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