

被保険者について記入

定期高齢者医療資格確認書等再交付申請書

被保険者番号		○○○○○○○○	個人番号	○○○○ ○○○○ ○○○○
被保険者本人	フリガナ	オダワラ タロウ		生年月日
	氏名	小田原 太郎		
	住所	小田原市荻窪300番地		
申請内容	申請する証の種類及び申請理由 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損・汚損 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損・汚損 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損・汚損 <input type="checkbox"/> その他 ()			
<p>窓口に来た方について記入</p> 上記のとおり申請いたします。 (申請日) ○○年 ○○月 ○○日 (届出人) 氏名 小田原 太郎 本人との関係 本人 住所 小田原市荻窪300番地 連絡先電話番号 0465-33-1843				

**再交付する証書と再交付理由について
チェックを入れてください。**

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) <input type="checkbox"/> 別世帯員等 (代理権、続柄確認)
	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"/> 資格確認書 <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)	
		收受印