

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 9 8 7 6 5 4 3	被保険者氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ
個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 9 8		
生年月日	明治・大正・昭和 ○○年○○月○○日	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 ・ 女

再交付を希望する証の種類	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input checked="" type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証
--------------	---

申請理由

上記の証を汚損したため。

上記の証を亡失したため。

上記の証が盗難にあったため。

愛知県後期高齢者医療広域連合長 殿

年 月 日

代理人と同じ

申請者 住所 瀬戸市追分町123番地の45

氏名 瀬戸 陶土 連絡先 (0561) 12 - 3456

被保険者以外が申請する場合は以下の欄にも記入して下さい。

代理人 (住所)	<div style="border: 2px solid red; border-radius: 15px; padding: 10px; text-align: center;"> <p style="color: red; font-weight: bold;">申請者が本人（被保険者）以外の場合は、 記入してください。</p> </div>
(連絡先)	
私は上記の者を代理人と定め、再交付にかかる申請及び証の受領の手続きについて委任します。	
被保険者 (住所)	
(氏名)	連絡先 () -

被保険者証の再交付申請を行い、窓口で受け取られた場合は以下の欄にも記入して下さい。

被保険者証受領書

本日、窓口にて後期高齢者医療被保険者証を受け取りました。

年 月 日

(受領者氏名)

※処理欄

申請者確認	個人番号カード・運転免許証・日本国旅券（パスポート）・在留カード・特別永住者証明書・身体障害者手帳・その他写真が貼付された官公署の発行する証明書（ ）		
	健康保険被保険者証・年金手帳（基礎年金番号通知書）・年金証書・介護保険被保険者証・預金通帳 雇用保険受給資格者証・キャッシュカード・生活保護受給証明書・社員証・その他（ ）		
届出指導	<input type="checkbox"/> 盗難以外の事由による再交付 <input type="checkbox"/> 警察への届出指導済み【 警察署・受理 NO 】		
受付担当者	証処理	<input type="checkbox"/> 新証処理 → 再交付印 <input type="checkbox"/> 回収証有 → 回収入力	交付 窓口（ 年 月 日） 郵送（ 年 月 日）