

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		被保険者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ					
個人番号								
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	性別	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 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

申請者 代理人と同じ

住 所 _____

氏 名 _____ 連絡先 () _____

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) _____ (氏名) _____

(連絡先) _____ (被保険者との関係) 配偶者 子 その他 () _____

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)