

後期高齢者医療再交付申請書

届 出 者 名	広域 太郎	本人との 関係	子
届出者住所	藍住町〇〇〇〇〇〇番地	連 絡 先 電話番号	0 1 2 - 3 4 5 - 6 7 8 9

被 保 険 者 番 号	0 1 2 3 4 5 6 7
個 人 番 号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1
フ リ ガ ナ	コウイキ ハナコ
氏 名	広域 花子
生 年 月 日	大正・昭和 ○ 年 ○ 月 ○ 日
住 所 (施 設 名 及 び 施 設 所 在 地)	藍住町○○○○○○番地

該当する□にレ印を記入すること。

- 1 再交付を必要とするもの。

- ☒ 後期高齢者医療資格確認書
- ☐ 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証
- ☐ 後期高齢者医療限度額適用認定証
- ☐ 後期高齢者医療特定疾病療養受療証

- ## 2 再交付の理由

- ☐ 破 損 ☐ 汚 損 ☒ 紛 失 ☐ その他 ()

※破損または汚損のため、この申請を行う場合には、破損または汚損した証等を添付してください。

- 3 無効公告（資格確認書の盗難等により無効公告を希望する場合のみ記入すること。）

- ☐ 私は無効公告を希望し、そのために資格確認書の記載内容を掲示することに同意します。

被保險者本人署名欄 (必須)

徳島県後期高齢者医療広域連合長 殿

上記のとおり、再交付を申請します。

令和〇年 〇月 〇日

市町村 処理欄	再交付（無効）年月日	・	・
	無効公告の有無	有	無

広域連合 処理欄	広域連合 受付年月日	・	・	システム 確認済	☐
	公告 年月日	・	・	公告 番号	

(裏面)

● 該当する項目の□にレを付す又は塗りつぶす(■印にすること)。

市 町 村 処 理 欄	個人番号確認	身元確認(顔写真の無い場合2点)		代理権の確認
	☐ 個人番号カード	☐ 個人番号カード	☐ 年金証書	☐ 戸籍謄本等(法定代理人)
	☐ 通知カード	☐ 運転免許証	☐ その他	☐ 委任状(任意代理人)
	☐ 住民票の写し	☐ 後期被保険者証	()	☐ その他(上記が困難な場合)
	☐ 職員が記載	☐ 介護保険被保険者証	()	()