

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		個人番号			
被保険者氏名					
住 所					
生年月日	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					
<input type="checkbox"/> 上記の証を汚損したため。 <input type="checkbox"/> 上記の証を亡失したため。 <input type="checkbox"/> 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 様

年 月 日

申請者 住 所

氏 名 印

被保険者
との続柄

電 話 () -

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 印

※処理欄

記入者確認	個人番号カード・運転免許証・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()				
	健康保険被保険者証・年金手帳・年金証書・介護保険被保険者証 生活保護受給証明書・雇用保険受給資格者証・キャッシュカード・預金通帳・クレジットカード 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				
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)	

記入例

様式第12号（規則第9条、第17条関係）

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 1 2 3 4 5 6 7	個人番号	000123456789	
被保険者氏名	広域 太郎			
住 所	大府市中央町五丁目70番地			
生年月日	明治 大正 昭和	10年 5月 9日	性別	男 ・ 女
再交付を希望する証の種類	<input checked="" 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				
<input type="checkbox"/> 上記の証を汚損したため。 <input checked="" type="checkbox"/> 上記の証を亡失したため。 <input type="checkbox"/> 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 様				
年 月 日				
申請者 住 所 大府市中央町五丁目70番地				
氏 名 広域 太郎 (印)				
被保険者との続柄 本人				
電 話 (0562) 45 - 6230				

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

ご印鑑：シャチハタ（ゴム印）以外の認印をご捺印ください。

令和 年 月 日

受領者氏名

(印)

※処理欄

記入者確認	個人番号カード・運転免許証・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()			
	健康保険被保険者証・年金手帳・年金証書・介護保険被保険者証 生活保護受給証明書・雇用保険受給資格者証・キャッシュカード・預金通帳・クレジットカード 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	
受付担当者	証処理	<input type="checkbox"/> 新証処理 → 再交付印	交付	窓口 (年 月 日)
		<input type="checkbox"/> 回収証有 → 回収入力		郵送 (年 月 日)