

### 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		
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

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

※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 <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	01234567	個人番号	0001 2345 6789
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 10年 5月 9日 昭和		
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			
令和 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	
	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ました。

年 月 日

受領者氏名

※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 <input type="checkbox"/> 回収証有 → 回収入力	交付 窓口 ( 年 月 日 ) 郵送 ( 年 月 日 )