様式第10号（規則第９条、第10条の２、第10条の４、第17条関係）

後期高齢者医療資格確認書等（再）交付通知申請書

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（通知）を希望する証の種類	□　資格確認書 □　資格情報のお知らせ □　特定疾病療養受療証 □　その他（　　）		
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。　□　その他（　　）			

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　（　）　－

資格確認書等受領書

□　後期高齢者医療資格確認書

本日、窓口にて　　を受け取りました。

□　特定疾病療養受療証

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（　　）				
	健康保険資格確認書・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	□　盗難以外の事由による再交付　□　警察への届出指導済み				
受付担当者		証処理	□　新証処理 □　回収証有 → **回収入力**	交付	窓口（　年　月　日） 郵送（　年　月　日）