

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		
再交付を希望する 証の種類	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
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	( ) -

資格確認書受領書	
本日、窓口にて後期高齢者医療資格確認書を受け取りました。	
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	<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）