

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	蒲 郡 市		
生年月日	大正 昭和	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・運転経歴証明書 身体障害者手帳・住基カード(写真有)・その他()				
	保険証・年金手帳・年金証書・介護保険証・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・診察券・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		交付	窓口 (年 月 日)
		<input type="checkbox"/> 回収証有 → <u>回収入力</u>			郵送 (年 月 日)