

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	豊田市		
生年月日	明治・大正・昭和	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・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（該当箇所に○を付けてください。） <input type="checkbox"/> 上記の証を <u>汚損した・亡失した・盗難にあった・その他（</u>) ので、再交付を申請します。			

愛知県後期高齢者医療広域連合長 殿

令和 年 月 日

申請者

(記入者)

住所

 被保険者住所と同じ

氏名

㊞

※窓口に来た人が本人以外の場合は、
裏面〔委任欄〕の記載が必要です。

(別紙様式 委任状可)

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。

令和 年 月 日

受領者氏名



㊞

※処理欄

本人確認	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 身体障がい者手帳・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・その他 () ※その他については、名前と生年月日又は住所の明記のあるもの
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)

[委任欄]

愛知県後期高齢者医療広域連合長 殿

委任者 (被保険者)	住所	<input type="checkbox"/> 表面の住所に同じ		
	氏名	本人の署名又は記名・押印が必要です 	生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日
受任者 (窓口に来た人)	住所			
	氏名	本人の署名又は記名と押印が必要です 	生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日
	委任者との関係	親族（続柄 ）・担当民生委員・近隣協力者・友人 施設職員・ケアマネジャー・その他（ ）		