

# 【記入例】

様式第12号

R1. 5. 1改訂版

受付印

## 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(8桁)	個人番号	XXXXXXXXXXXXXX
被保険者氏名	豊田太郎 (被保険者)		
住所	豊田市 西町3丁目60番地 (被保険者の住所)		
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 checked="" 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 【必要な証にチェック】		
申請理由 (該当箇所に○を付けてください。)	【再交付の理由】 <input type="checkbox"/> 上記の証を 汚損した・亡失した・盗難にあった・その他 ( ) 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

【本人以外の場合は裏面(委任欄)記載】

申請者  
(記入者)

住所

被保険者住所と同じ  
(窓口に来た人又は記入者の住所)

氏名

豊田花子 (窓口に来た人又は記入者) (印)

※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

妻

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。

※保険証を窓口で受領した場合は、記入してください。

令和●●年 ■■月 ▲▲日

受領者氏名 豊田花子 (窓口に来た人) (印)

#### ※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・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

表面手続きと被保険者証の受領を委任します。(別紙様式 委任状可)

委任者 (被保険者)	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 表面に同じ		
	氏名	<b>豊田太郎</b> (印) (被保険者) 本人の署名又は記名・押印が必要です	生年月日	明治 大正 ●●年 ■■月 ▲▲日 (昭和)
受任者 (窓口に来た人)	住所	<b>豊田市西町3丁目60番地 (窓口に来た人又は記入者の住所)</b>		
	氏名	<b>豊田花子</b> (印) (窓口に来た人又は記入者) 本人の署名又は記名・押印が必要です	生年月日	大正 (昭和) ●●年 ■■月 ▲▲日 平成
	委任者との関係	(親族) (続柄 <b>妻</b> ) ・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 ( )		
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・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			