受付印

様式第12号（規則第９条、第17条関係）　　R３．１０．１改訂版

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		
再交付を希望する証の種類	□　被保険者証 □　限度額適用認定証 □　限度額適用・標準負担額減額認定証 □　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。）

□上記の証について、**亡失した・汚損した・破損した・盗難にあった・その他（　　）ため。**

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　□　被保険者住所に同じ

氏　名

被保険者との関係　　本人　・　（　　）

電　話　　（　　）　　－

※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・運転経歴証明書・パスポート・特別永住者証明書 在留カード・身体障がい者手帳・精神障がい者保健福祉手帳・療育手帳・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・介護保険負担割合証 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	□　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）

〔　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）

<table>
<tr><td rowspan="2">委任者（被保険者）</td><td>住所</td><td colspan="3">□　表面の住所に同じ</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td>㊞
自署の場合は押印不要</td><td>生年月日</td><td>明治
大正　　年　　月　　日
昭和</td></tr>
<tr><td rowspan="3">受任者（窓口に来た人）</td><td>住所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td><td>生年月日</td><td>大正
昭和　　年　　月　　日
平成</td></tr>
<tr><td>委任者との関係</td><td colspan="3">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（　　）</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="2">確　認</td><td>個人番号カード・運転免許証・運転経歴証明書・パスポート・特別永住者証明書
在留カード・身体障がい者手帳・精神障がい者保健福祉手帳・療育手帳・その他（　　）</td></tr>
<tr><td>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・介護保険負担割合証
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</td></tr>
</table>