

様式第9号（規則第9条、第10条の4、第17条関係）

後期高齢者医療資格確認書等再 交付 申請書
通知

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（ ）		
	健康保険被保険者証・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）