

## 記入例

規則第9条、第10条の2、第10条の4、第17条関係)

R7.12改訂版

受付印

## 後期高齢者医療資格確認書等再交付・通知申請書

被保険者番号	01234567 (8桁)	個人番号	x x x x x x x x x x x x
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 (被保険者の住所)		
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	<input checked="" 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 (該当箇所に○を付けてください。) <input type="checkbox"/> 上記の証について、 <u>亡失した</u> <u>汚損した</u> <u>破損した</u> <u>盗難にあった</u> <u>その他 ( )</u> ため。			

愛知県後期高齢者医療広域連合長様

令和 ▲▲年 ■■月 ●●日

申請者 住 所  被保険者住所に同じ  
(記入者) 豊田市西町〇丁目 (記入者の住所)

氏 名 豊田 花子 (記入者)

被保険者との関係 本人 · ( 妻 )

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)

## 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。

令和▲▲年■■月●●日

受領者氏名 豊田 花子 (窓口に来た人)

※処理欄

本人確認	個人番号カード・運転免許証・運転免許証 在留カード・身体障がい者手帳 健康保険資格確認書・年金手帳 介護保険負担割合証・生活保護受給証明書 その他の ( )			特別永住者証明書 <u>資格確認書を窓口で受領した場合は、記入してください。</u> 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 )

## 〔 委任欄 〕

愛知県後期高齢者医療広域連合長 殿

表面手続きと資格確認書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"/> 表面の住所に同じ			
		氏名	豊田 太郎 自署の場合は押印不要	印	生年月日 明治 大正 ●● 年▲▲月■■日 昭和
受任者 (窓口に来た人)	住所	豊田市西町○丁目			
	氏名	豊田 花子	生年月日 大正 昭和 ▲▲年■■月●●日 平成		
	委任者との関係	親族(続柄 妻 )・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 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( ) 健康保険資格確認書・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				