

後期高齢者医療資格確認書等再交付申請書

太枠の中を記入してください。

|       |  |         |  |
|-------|--|---------|--|
| 届出者名  |  | 本人との関係  |  |
| 届出者住所 |  | 連絡先電話番号 |  |

|              |                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                  |  |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 被保険者番号       |                                                                                                                                                                                                     | 個人番号                                                                                                                                             |  |
|              |                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                  |  |
| (フリガナ)<br>氏名 |                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                  |  |
| 生年月日         | 年 月 日                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                  |  |
| 住 所          |                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                  |  |
| 再交付する証の種類    | <input type="checkbox"/> 資格確認書<br><input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ（資格情報通知書）<br><input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証<br><input type="checkbox"/> その他（ ・ 限度額適用・標準負担額減額認定証）<br>・ 限度額適用認定証              | 回収・未回収<br>回収・未回収<br>回収・未回収<br>回収・未回収                                                                                                             |  |
| 再交付の理由       | <input type="checkbox"/> 紛失<br><input type="checkbox"/> 汚損（汚損した証を添えて申請してください。）<br><input type="checkbox"/> 破損（破損した証を添えて申請してください。）<br><input type="checkbox"/> 未着<br><input type="checkbox"/> その他（ ） | 未着の場合<br><input type="checkbox"/> 窓口交付<br><input type="checkbox"/> 電話連絡等による郵送交付<br>受付 年 月 日<br>時 分頃<br>受付者<br><br>※年次更新の広域連合での未着再交付受付は8月末までとします。 |  |

広島県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、証の再交付を申請します。なお、旧証が見付かった場合は、速やかに返還します。

年 月 日

|                                                                                                              |         |         |                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|---------------------------|
| 送付日 年 月 日                                                                                                    | システム入力者 | システム確認者 | (受領サイン)                   |
| 回収日 年 月 日                                                                                                    |         |         |                           |
| 種 別 <input type="checkbox"/> 資格確認書<br><input type="checkbox"/> 資格情報通知書<br><input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 |         |         | 確認書類 マイナンバーカード・免許証・その他（ ） |
| (備考)                                                                                                         |         |         | 市区町受付印                    |