

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	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	<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（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・汚損した・破損した・盗難にあった・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
(記入者)

住 所 被保険者住所と同じ

氏 名

※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）

被保険者との関係 本人 ・ ()

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。

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・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			
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 → <u>回収入力</u>	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 type="checkbox"/> 表面の住所に同じ		
	氏名	自署の場合は押印不要	生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日
受任者 (窓口に来た人)	住所			
	氏名		生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日
	委任者との関係	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 ()		
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・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			