

記入例

受付印

(規則第9条、第10条の2、第10条の4、第17条関係)

R7.2改訂版

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	XXXXXXXXXXXX
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 <u>昭和</u> ●●年 ▲▲月 ■■日		
再交付を希望する証の種類	☒ 資格確認書 ☐ 資格情報のお知らせ ☐ 特定疾病療養受療証 ☐ その他 ()		
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、 <u>亡失した</u> 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 様

令和 ▲▲年 ■■月 ●●日

申請者
(記入者)

住 所 ☐ 被保険者住所と同じ
豊田市西町○丁目 (記入者の住所)

氏 名 豊田 花子 (記入者)

※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 ・ (妻)

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 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・運転経歴証明書・特別永住者証明書 在留カード・身体障がい者手帳・その他 () 健康保険被保険者証・健康保険証・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 → <u>回収入力</u>	交付	窓口 (年 月 日) 郵送 (年 月 日)

資格確認書を窓口で受領した
場合は、記入してください。

〔 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	☐ 表面の住所に同じ		
	氏名	印 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		