

後期高齢者医療再交付申請書

届 出 者 名		本人との関係	
連 絡 先 電 話 番 号			

被 保 険 者 番 号			
個 人 番 号			
フ リ ガ ナ			
氏 名		性別	男・女
生 年 月 日	明治・大正・昭和	年	月 日
住 所 (施設名及び施設所在地)			

該当する□にレ印を記入すること。

1 再交付を必要とするもの。

- 後期高齢者医療被保険者証
- 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証
- 後期高齢者医療特定疾病療養受療証
- 後期高齢者医療被保険者資格証明書

2 再交付の理由

- 破 損 汚 損 紛 失 その他 ()
- ※破損または汚損のため、この申請を行う場合には、破損または汚損した証等を添付してください。

3 無効公告（被保険者証又は資格証明書の盗難等により無効公告を希望する場合に記入すること。）

徳島県後期高齢者医療広域連合長 殿

上記のとおり、再交付を申請します。

年 月 日

氏名 ㊟
(被保険者本人)

市町村 処理欄	再交付（無効）年月日	. .	
	無効公告の有無	有 . 無	

広域連合 処理欄	広域連合 受付年月日	. .	システム 確認済	<input type="checkbox"/>
	公告 年月日	. .	公告 番号	

(裏面)

● 該当する項目の□にレを付す又は塗りつぶす(■印にすること)。

市 町 村 処 理 欄	個人番号確認	身元確認(顔写真の無い場合2点)		代理権の確認
	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 年金証書	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本等(法定代理人)
<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 委任状(任意代理人)	
<input type="checkbox"/> 住民票の写し	<input type="checkbox"/> 後期被保険者証	()	<input type="checkbox"/> その他(上記が困難な場合)	
<input type="checkbox"/> 職員が記載	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証	()	()	