

後期高齢者医療再交付申請書

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	
氏 名	
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。

- 後期高齢者医療資格確認書
- 後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証
- 後期高齢者医療限度額適用認定証
- 後期高齢者医療特定疾病療養受療証

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 (資格確認書の盗難等により無効公告を希望する場合のみ記入すること。)

- 私は無効公告を希望し、そのために資格確認書の記載内容を掲示することに同意します。

被保険者本人署名欄(必須)

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。

令和 年 月 日

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)

【 記 入 不 要 】

市役所での記入面

● 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(A'1点 A2点 B2点は不可)		
	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 職員が記載	<input type="checkbox"/> 個人番号カード A' <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 後期被保険者証 A <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 減額・限度額認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 重度医療費受給者証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> 年金証書 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 住民票・戸籍謄本等 B <input type="checkbox"/> 無料乗車証(バス) <input type="checkbox"/> 預金通帳・キャッシュカード <input type="checkbox"/> 診察券(給付履歴あり) <input type="checkbox"/>
	代理権の確認	代理人の身元確認(A'1点 A2点 B2点は不可)		
	<input type="checkbox"/> 同一世帯員 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本等(法定代理人) <input type="checkbox"/> 委任状(任意代理人) <input type="checkbox"/> 申請者の被保険者証 <input type="checkbox"/> 申請者の資格確認書 <input type="checkbox"/> 保護受給証明書 <input type="checkbox"/> その他(上記が困難な場合)	<input type="checkbox"/> 個人番号カード A' <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 後期被保険者証 A <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 減額・限度額認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 重度医療費受給者証 <input type="checkbox"/> 健康保険証(後期以外) <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> 年金証書・年金手帳 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 住民票・戸籍謄本等 B <input type="checkbox"/> 無料乗車証(バス) <input type="checkbox"/> 預金通帳・キャッシュカード <input type="checkbox"/> 診察券(給付履歴あり) <input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> 聞き取り(診・口・年・家・5)	
			<input type="checkbox"/> 聞き取り(診・口・年・家・5)	