

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