

後期高齢者医療資格確認書等再交付申請書

太枠の中を記入してください。

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	年	月	日
住所			
再交付する証の種類	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ（資格情報通知書） <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> その他（ ・ 限度額適用・標準負担額減額認定証） ・ 限度額適用認定証	回収・未回収	
再交付の理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損（汚損した証を添えて申請してください。） <input type="checkbox"/> 破損（破損した証を添えて申請してください。） <input type="checkbox"/> 未着 <input type="checkbox"/> その他（ ）	未着の場合 <input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/> 電話連絡等による郵送交付 受付 年 月 日 時 分頃 受付者	※年次更新の広域連合での未着再交付受付は8月末までとします。

広島県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、証の再交付を申請します。なお、旧証が見付かった場合は、速やかに返還します。

年 月 日

送付日 年 月 日	システム入力者	システム確認者	(受領サイン)
回収日 年 月 日			
種別 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 資格情報通知書 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証			確認書類 マイカド・免許証・その他（ ）
(備考)			(市区町受付印)