

様式第7号（第8条関係）

【記入例】 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	神石 太郎	本人との関係	本人
届出者住所	神石郡神石高原町小畠1701番地	連絡先電話番号	0847-89-3320

被保険者番号		個人番号	
※保険情報の分かるものを参照のうえ記入してください。不明な場合は、空白でかまいません。		123412341234	
(フリガナ)	ジンセキ タロウ		
氏名	神石 太郎		
生年月日	昭和10年1月1日		
住所	神石郡神石高原町小畠1701番地		
再交付する証の種類	<input type="checkbox"/> 資格確認書 ※該当する箇所にレ点を記入してください。 <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 回収・未回収 回収・未回収 回収・未回収	
再交付の理由	※該当する箇所にレ点を記入してください。 <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。

令和〇年〇月〇日

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 マイナンバー・免許証・その他 ()
(備考)			(市区町受付印)