

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	☐ 資格確認書 ☐ 資格情報のお知らせ（資格情報通知書） ☐ 特定疾病療養受療証 ☐ 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	☐ 紛失 ☐ 汚損（汚損した証を添えて申請してください。） ☐ 破損（破損した証を添えて申請してください。） ☐ 未着 ☐ その他（ ）	未着の場合 ☐ 窓口交付 ☐ 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 ☐ 資格確認書 ☐ 資格情報通知書 ☐ 特定疾病療養受療証			確認書類 マイナカード・免許証・その他（ ）
(備考)			市区町受付印