

後期高齢者医療資格確認書等再
交付
通知 申請書

被保険者番号	98765432 8 ケタ記入	個人番号	1234 5678 9102 マイナンバー12 ケタ記入
被保険者氏名	尾張 花子		
住 所	尾張旭市●●町●●丁目●番地 ●●アパート●号室		
生年月日	昭和 ●● 年 ● 月 ●● 日		
再交付を希望する 証の種類	☒ 資格確認書 ☐ 資格情報のお知らせ ☐ 特定疾病療養受療証 ☐ その他（ ）		
申請理由 ☐ 上記の証を汚損したため。 ☐ 上記の証が盗難にあったため。 ☒ 上記の証を亡失したため。 あてはまるものに ☒			

愛知県後期高齢者医療広域連合長 様

年 月 日

申請者

住 所

尾張旭市●●町●●丁目●番地
●●アパート●号室

氏 名

尾張 花子

被保険者
との続柄

本人

電 話

(090) 9999-9999

資格確認書受領書

本日、窓口にて後期高齢者医療資格確認書を受け取りました。

年 月 日

郵送の場合は記載不要

受領者氏名

※処理欄

記入者確認	個人番号カード・運転免許証・パスポート・在留カード・特別永住者証明書 身体障害者手帳・その他（ ）				
	健康保険被保険者証・健康保険資格確認書・年金手帳・年金証書・介護保険被保険者証 生活保護受給証明書・雇用保険受給資格者証・キャッシュカード・預金通帳・クレジットカード 社員証・その他（ ）				
届出指導	☐ 盗難以外の事由による再交付 ☐ 警察への届出指導済み				
受付担当者		証処理	☐ 新証処理 ☐ 回収証有 → 回収入力	交 付	窓口（ 年 月 日） 郵送（ 年 月 日）