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	
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

□　後期高齢者医療資格情報のお知らせ

□　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資格確認書等を添付してください。

※無効公告を希望する場合は、別途申し出てください。

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。

年　　月　　日

市町村処理欄	再交付（無効）年月日	・　・			
	無効公告の有無	有　・　無			

広域連合処理欄	広域連合受付年月日	・　・	システム確認済	□
	公告年月日	・　・	公告番号	

（裏面）

● 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（顔写真の無い場合2点）		代理権の確認
	□ 個人番号カード	□ 個人番号カード	□ 年金証書	□ 戸籍謄本等（法定代理人）
	□ 通知カード	□ 運転免許証	□ その他	□ 委任状（任意代理人）
	□ 住民票の写し	□ 資格確認書	（　　）	□ その他（上記が困難な場合）
	□ 職員が記載	□ 介護保険被保険者証	（　　）	（　　）