

(様式第7号)

後期高齢者医療再交付申請書

届出者名		本人との係	
連絡先電話番号			

被 保 険 者	被保険者番号			
	個人番号			
	氏名		生年月日	
	住所	〒		

再交付の理由	1 汚損 2 破損 3 紛失 4 その他 ()	再交付が 必要なもの	1 被保険者証 2 特定疾病療養受療証 3 限度額適用・標準負担額減額認定証 4 限度額適用認定証 5 その他 ()
--------	--------------------------------------	---------------	--

上記のとおり再交付を申請します。

令和 年 月 日

高知県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者 被保険者住所

被保険者氏名

◎保険医療課処理(こちらには記入しないでください)

受付	確認事項	証交付	チェック
<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> センター便	<input type="checkbox"/> 被保険者本人・同一世帯員・成年後見人による申請 <input type="checkbox"/> 本人確認(保険証・免許証・その他[])) <input type="checkbox"/> 同一世帯員の場合は同一世帯の確認 <input type="checkbox"/> 成年後見人の場合は成年後見人であることを証明する書類 <input type="checkbox"/> 代理人による申請 <input type="checkbox"/> 代理人確認(保険証・免許証・その他[])) <input type="checkbox"/> 委任状(又は被保険者本人の旧保険証・介護保険証等)	<input type="checkbox"/> 窓口渡し <small>※ 身分確認の必要書類がすべて揃っている場合のみ</small> <input type="checkbox"/> 郵送 発送日	
受付者印	<input type="checkbox"/> 減額認定証, 限度証の場合は負担区分を確認 <input type="checkbox"/> 区分Ⅰ <input type="checkbox"/> 一定Ⅰ <input type="checkbox"/> 一定Ⅱ <input type="checkbox"/> 区分Ⅱ ⇒ 世帯未申告者(無・有) 入院日数91日(未満・以上) 確認方法(レセプト・届出人・病院[])) <input type="checkbox"/> 届出人の本人確認(保険証・免許証・その他[]))	確認者印 交付者印	
	<input type="checkbox"/> 個人番号の記入・確認		