

後期高齢者医療再交付申請書

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 資格確認書 2 資格情報通知書 (資格情報のお知らせ) 3 特定疾病療養受療証 4 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

住 所

申請者 氏 名 (被保険者 : 続柄 :)
(記入者)

電話番号

◎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	
☐ 窓口 ☐ 郵送 ☐ センター便	被 保 険 者 証	☐ 被保険者本人・同一世帯員・成年後見人による申請 ☐ 本人確認(保険証・免許証・マイカード・[]) ☐ 同一世帯員の場合は同一世帯の確認 ☐ 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 ☐ 代理人による申請 ☐ 代理人確認(保険証・免許証・マイカード・[]) ☐ 委任状(又は被保険者本人の旧保険証・介護保険証等)	☐ 窓口渡し ※身分確認の必要書類がすべて揃っている場合のみ ☐ 郵送 発送日		
受付者印		☐ 減額認定証, 限度証の場合は負担区分を確認 ☐ 区分Ⅰ ☐ 一定Ⅰ ☐ 一定Ⅱ ☐ 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[]) ☐ 届出人の本人確認(保険証・免許証・マイカード・[])	確認者印		交付者印
		☐ 個人番号の記入・確認			