様式第12号（規則第９条、第17条関係）

後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書

被保険者番号		個人番号	
被保険者氏名	☐　申請者と同じ		
住　所			
生年月日	年　　月　　日		
再交付を希望する証の種類	☐　被保険者証 ☐　限度額適用認定証 ☐　限度額適用・標準負担額減額認定証 ☐　特定疾病療養受療証		

申請理由

☐　上記の証を**汚損**したため。　　☐　上記の証を**亡失**したため。

☐　上記の証が**盗難**にあったため。

愛知県後期高齢者医療広域連合長　様

年　　月　　日

申請者

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　被保険者との続柄＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先（　　）　　－

被保険者証受領書

本日、窓口にて後期高齢者医療被保険者証を受け取りました。

年　　月　　日

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 その他写真が貼付された官公署の発行する証明書（　　）				
	健康保険被保険者証・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・預金通帳 雇用保険受給資格者証・キャッシュカード・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	☐　回収証有 → **回収入力**	交付	窓口（　　年　　月　　日） 郵送（　　年　　月　　日）