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			
住　所			
生年月日	年　月　日	性別	男　・　女
再交付を希望する証の種類	☐ 被保険者証 ☐ 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　殿

年　月　日

申請者　住　所

氏　名　㊞

被保険者との続柄

電　話　（　）　－

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（　）				
	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・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 → **再交付印** ☐ 回収証有 → **回収入力**	交付	窓口（　年　月　日） 郵送（　年　月　日）