

様式第10号(第10条関係)

後期高齢者医療各証書等再交付申請書												
被 保 険 者	住	所										
	氏	名										
	生	年	月	日	明・大・昭	年	月	日				
	被保険者番号											
	個人番号											
	理 由		1 紛 失 2 汚 損 3 そ の 他()									
上記被保険者に係る												
☐ 資格確認書 ☐ 資格情報のお知らせ ☐ 特定疾病療養受療証												
の再交付又は再通知を申請します。												
年 月 日												
申請者(記入された方)												
住 所 〒 ー												
氏 名												
電話番号												
被保険者との関係()												
被保険者から依頼を受けた日(年 月 日)												

〔市町記入欄〕

市町(支所)名〔 〕	受付日〔 . . 〕	受付者名〔 〕 ・ 郵送
申請者確認方法 (下記 番で確認)		交付方法 : 窓口 ・ 郵送
①個人番号カード等身分証明書の提示 ②被保険者からの委任状持参 ③申請勸奨通知・介護保険被保証等複数の公的書類 ④入所施設等職員で写真入り職員証等の提示 ⑤成年後見人等を示す公正証書等の提示 ⑥住所・氏名・生年月日等を申告してもらい住基等で確認 ⑦その他 ()		
番号確認方法 (右記 番で確認)	①個人番号カード ②通知カード ③個人番号が記載された住民票の写し等の証明書 ④住民基本台帳システムまたは標準システム等で確認	

〔広域連合処理欄〕

受付日	. . .	業務課長	副課長	係長	資格賦課係	担当	備考
							☐ 確認