様式第１１号（第１０条関係）

市　町　名	

後期高齢者医療資格確認書等再交付申請書

窓口にみえた方の氏名		被保険者との関係	
住　　所			
連絡先電話番号			

被保険者	被保険者番号								
	(フリガナ) 氏　　名								
	個人番号								
	生年月日	年　　月　　日							
	住　　所	〒							
再交付申請の　理　由		□ 紛失 □ 汚損 ・ 破損　※必ず資格確認書等を添付してください。 □ その他（　　）							
証の種別		□資格確認書　□資格情報のお知らせ □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							

（あて先）三重県後期高齢者医療広域連合長

上記のとおり後期高齢者医療資格確認書等の再交付を申請します。

年　　月　　日

市　町　確　認　欄								
受付者	本人確認	個人番号確認	入力者	交　付	証回収	減額/限度証	特定疾病	その他特記事項
	運転免許証・個人番号カード 住基カード・障害者手帳 資格確認書・介護保険証 その他（　　）	個人番号カード 通知カード その他 （　　）	月　日	窓口 郵送 月　日	回収 月　日 入力 月　日	回収 月　日 入力 月　日	回収 月　日 入力 月　日	

市町受付印