

事 務 連 絡
平成23年4月27日

都道府県後期高齢者医療主管課（部） 御中
都道府県後期高齢者医療広域連合事務局 御中

厚生労働省保険局高齢者医療課

本人確認書類を滅失等している東日本大震災の被災者に対する
被保険者証の再交付の取扱いについて

今般の東日本大震災により被災した後期高齢者医療の被保険者（以下「被災被保険者」という。）が身分証明書等の本人確認書類を滅失等している場合の被保険者証の再交付の取扱いは、下記のとおりとしたので、都道府県におかれては管内市町村（特別区を含む。以下同じ。）への連絡及び指導等に遺漏なきよう取り計らわれない。

記

1 住所地の市町村（市町村が事務を行うことが困難な場合等には、後期高齢者医療広域連合。以下同じ。）窓口において再交付する場合

被保険者証の再交付を申請する被災被保険者が本人確認書類を滅失等により提示できない場合には、本人のみが了知していると考えられる事項（世帯構成、現在の住所地に転入する前の住所及び同一の世帯に属する者の氏名）及び当該被災被保険者に係る医療情報（例えば、過去一年間で受診した保険医療機関等の名称、高額療養費の振込先又は保険料の口座引き落とし先の金融機関名（支店名を含む。）等）を口頭で陳述させること。この場合においては、口頭陳述で本人確認を行った旨及びその内容を被保険者証再交付申請書に記録すること。

ただし、被災被保険者の代理人が被保険者証の再交付を申請する場合においては、当該被災被保険者本人のみが了知していると考えられる事項及び当該被災被保険者に係る医療情報を口頭で陳述させることに加え、代理人に係る本人確認書類、委任状（別添1）及び被災被保険者と代理人との関係を示す書類（被災被保険者が入院等をしている病院等の管理者であること、避難している避難所の管理者であること等を示す書類等）の提示を求めること。

2 郵送により再交付する場合

被災被保険者が住所地の市町村の窓口において被保険者証の再交付を申請することが

困難である場合においては、再交付申請書（別添２）及び被保険者証を郵送することが考えられるが、この場合においても、電話により、１と同じ方法により本人確認を行うこと。

3 委任状及び再交付申請書について

委任状（別添１）及び再交付申請書（別添２）の様式は厚生労働省ホームページの東日本大震災関連情報【厚生労働省から発出した通知】等に掲載することとしており、各市町村において従前から用いている様式に加え、これらの様式による申請についても配慮いただきたいこと。

委 任 状

代理人	フリガナ			
	氏 名	印	電話番号	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女
	住 所	〒		
委任の内容	1. 被保険者証再交付 2. 資格取得・変更・喪失届出 3. 限度額適用・標準負担額減額認定証(申請・再交付) 4. 特定疾病療養受療証(申請・再交付) 5. その他 ()			
県 後期高齢者医療広域連合長 様				
私は、上記の者を代理人とし、上記の権限を委任します。				
平成 年 月 日				
住所 _____				
委任者 氏名 _____ 印				
代理人との続柄 _____				
連絡先(電話) _____				

後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書

届出書	<input type="checkbox"/> 本人	本人との関係 ()	氏名	印	電話番号	
	<input type="checkbox"/> 代理人		住所			

被保険者	被保険者番号						
	フリガナ					電話番号	
	氏名						
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女
	住所	〒					
	保険者番号						

再交付の種別

- 被保険者証
 特定疾病療養受療証
 限度額適用・標準負担額減額認定証
 その他()

再交付の申請理由

- 紛失
 汚損
 破損
 その他{盗難、焼失、未着、その他()}

県 後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり被保険者証等の再交付を申請します。

なお、紛失した証書を発見したときは、直ちに返還します。

年 月 日

申請者

氏名

印

※太ワクの中の必要な部分だけ記入してください。以下の欄は記入しないでください。

職員 処理 欄	本人確認事項	本人・代理人からの聞き取り事項欄					
	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 外国人登録証 <input type="checkbox"/> 身分証明書 <input type="checkbox"/> その他()						
	<input type="checkbox"/> 被保険者証等の再交付のために 来庁したのは、本人・代理人 であることを証明します。	年 月 日		所属課 氏名			
	被保険者証 等	証交付 (未・済)	年	月	日		
		回収 (未・済)	年	月	日		
	電算処理 (未・済)	年	月	日			
	無効告示	年	月	日	入力者	確認者	
備考欄				市町村名			