

後期高齢者医療再交付申請書

東京都後期高齢者医療広域連合長宛
次のとおり申請します。

		申請年月日		令和 年 月 日			
申請者氏名				本人との関係			
申請者住所		〒 電話番号					
被 保 険 者	被保険者番号				個人番号		
	フリガナ				生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	
	氏 名						
	住 所		〒 電話番号				
再交付する 証 明 書		1 資格確認書 2 資格情報通知書 3 特定疾病療養受療証 4 その他（ ）					
申 請 の 理 由		1 破損・汚損 2 紛失 3 盗難 4 その他（ ）					
区 処 理 欄	身元確認	本 人	マイナンバーカード・運転免許証・旅券・介護保険証 その他（ ）			受 付 印	
		代理人	マイナンバーカード・運転免許証・旅券・健康保険証 その他（ ）				
	個人番号確認		マイナンバーカード・住民票の写し				
	代理権確認		委任状・登記事項証明書 被保険者の（保険証・マイナンバーカード・旅券・介護保険証 その他（ ））				
	郵 送： 月 日発送						
	課 長 係 長 係 員 再 検						