

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		性別	男 ・ 女
	住所	〒 電話番号		

再交付する 証明書	1 被保険者証 2 資格証明書 3 限度額適用・標準負担額減額認定証 4 限度額適用認定証 5 特定疾病療養受療証 6 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 運転免許証・マイナンバーカード・旅券・介護保険証 その他（ ）	受 付 印
		代理人 運転免許証・マイナンバーカード・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（旅券・介護保険証・その他 （ ））	
	郵送：	月 日発送	
		課長 係長 係員 再検	