

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					
	フリガナ					
	氏名	個人番号		生年月日		
	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	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						