

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(資格確認書・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						