

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	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	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 資格情報のお知らせ 3 特定疾病療養受療証 4 その他（ ）
申請理由	1 破損・汚損 2 紛失 3 盗難 4 その他（ ）

【処理欄】

受付		発行		確認		窓口渡 郵送	/
----	--	----	--	----	--	-----------	---

確認書類		
身元 確認	本人 ・ 代理人	① 個人番号カード・運転免許証・旅券・障害者手帳・運転経歴証明書 在留カード・その他（ ）
		② 資格確認書・介護保険証・健康保険証・減額証・限度額証・特定疾病 受療証・年金手帳・その他（ ）
個人番号確認	個人番号カード・通知カード・住民票（個人番号記載） 住民票記載事項証明書（個人番号記載）	
代理権確認	委任状・登記事項証明書・その他（ ）	

收受印
