

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。

※送付先は住民票上の住所、又は送付先
変更の届出住所となります。

	申請年月日	令和 年 月 日
申請者氏名	本人との関係	本人 配偶者 子 兄弟姉妹 その他 ()
申請者住所	電話 ()	

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	大 昭 年 月 日
	氏 名			
	住 所	墨田区 電話 ()		

再交付する 証明書	1 資格確認書 2 資格情報通知書 (資格情報のお知らせ) 3 特定疾病療養受療証 4 その他 (限度額適用・標準負担額減額認定証 / 限度額適用認定証 /)
申請の理由	1 破損・汚損 2 紛失 3 盗難 4 その他 ()

[担当処理欄] 《 受付 》 窓口・郵送・出張所 (緑・横川・東向・墨二・文花)

資格確認書	お知らせ	減 額 証	限度額証	特定疾病	送付方法	郵送日	資 格	担 当	受 付 印
1割	1割	区分Ⅰ	現役Ⅰ	有	窓口交付				
2割	2割	区分Ⅱ			簡易書留				
3割	3割	Ⅱ長期	現役Ⅱ	無	普通郵便				

R7.1 [身元確認] 1点確認書類 (MC 免許証 運転経歴証 旅券 障手帳 その他 ())
2点確認書類 (保険証・資確書 減・限度額証 介保証 介負担割合証 その他 ())
[代理権確認] 委任状 MC 免許証 運転経歴証 旅券 障手帳 保険証・資確書 その他 ()
[番 号 確 認] MC 通知カード 住民票の写し 標準S