

# 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( )
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・東向島・墨田二丁目・文花 )

受付印

資格確認書(併)	お知らせ	特定疾病	交付方法	郵送日	受付・入力	再検
1割 (区・、般)	1割	有	窓口交付			
2割 (般)	2割		簡易書留			
3割 (現・)	3割	無	普通郵便			

R7.8 【身元確認】 1点確認書類(個人番号カード 免許証 運転経歴証 旅券 障害者手帳 その他( ))  
 2点確認書類(資格確認書 介護保険証 介護負担割合証 その他( ))  
 【代理権確認】委任状 個人番号カード 免許証 運転経歴証 旅券 障害者手帳 資格確認書 その他( )  
 【番号確認】個人番号カード 通知カード 住民票の写し 標準システム