

記入例

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 7 年 8 月 1 日
申請者氏名	墨田 一郎	本人との関係	本人 配偶者 子 兄弟姉妹 その他 ()
申請者住所	墨田区吾妻橋1-23-20		
		電話 03 (5608) 1111	

個人番号がわからない場合は記入不要です。

被保険者	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8	個人番号	
	フリガナ	スミダ イチロウ		
	氏 名	墨田 一郎		生年月日
	住 所	墨田区 吾妻橋1-23-20		大 昭 24 年 12 月 2 日
		電話 03 (5608) 1111		

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 ()

破損・汚損の場合は、元の証をご返却ください。

〔担当処理欄〕 《 受付 》 窓口・郵送・出張所 (緑・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Ⅰ・Ⅱ、般Ⅰ)	1割	有	窓口交付			
2割 (般Ⅱ)	2割		簡易書留			
3割 (現Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ)	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