

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
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	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・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	受付・入力	再検	郵送日	
1割（区Ⅰ・Ⅱ、般Ⅰ）	1割	有 無	窓口交付				
2割（般Ⅱ）	2割		簡易書留				
3割（現Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ）	3割		普通郵便				

R8.8	[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 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 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