

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 8 年 4 月 1 日
申請者氏名	墨田 太郎
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	090 (1234) 5678

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	生年月日	大 昭 20 年 4 月 1 日
	氏 名	墨田 一郎		
	住 所	墨田区 吾妻橋1 - 23 - 20	電話	03 (1234) 5678

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 ()

資格確認書を破損・汚損した場合は、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	受付・入力	再検	郵送日
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			

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 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