

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。

		申 請 年 月 日	年 月 日
申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒 電話番号		

被 保 険 者	被保険者番号		個 人 番 号	
	フリガナ			
	氏 名		生 年 月 日	年 月 日
	住 所	〒 電話番号		

再 交 付 す る 証 明 書	1 資格確認書 2 資格情報通知書 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（ ）

資格確認書交付兼記載事項併記確認欄

◆継続交付希望 □マイナ保険証の有無に関わらず資格確認書継続交付希望
◆任意記載事項希望 □自己負担限度額の適用区分 □任意記載事項の記載を希望しない

来た方	本 人 確 認	本人確認が1点で完了するもの			本人確認が2点で完了するもの		□ 手渡し □ 郵送 (/)
☐ 本人		☐ 個人番号カード	☐ 障害者手帳	☐ 運転経歴証明書	☐ 資格確認書	☐ 年金手帳	
☐ 親族		☐ 運転免許証	☐ 愛の手帳	☐ その他官公署から発行の 顔写真付身分証明書	☐ 被保険者証	☐ その他官公署から 発行したもの	
☐ 代理人		☐ パスポート	☐ 在留カード	()	☐ 介護保険証	()	