

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	令和 年 月 日
-------	----------

申請者	<input type="checkbox"/> 下記被保険者と同じ（申請者欄省略）			
	氏名			本人との関係 子・夫・妻 その他()
	住所			
	電話番号	()		

被保険者	被保険者番号			
	フリガナ			[昭和 ・ 大正] / 西暦
	氏名			生年月日 年 月 日
	住所			
	電話番号	()		
	個人番号			

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（ ）

事務処理欄

出張所 記入欄	資格係 記入欄					受付印
日本橋・月島・晴海	窓口受付（即日交付・郵送対応）・郵送受付					
処理状況	(受付者)	受付	入力	確認	返戻確認	
<input type="checkbox"/> 即日交付 <input type="checkbox"/> 郵送対応					<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
申請者	1点確認・2点確認・その他	代理権	委任状・その他確認	登記事項証明書等		
マイナンバーカードの健康保険証利用登録の有無			有		・ 無	