

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

申請者が被保険者本人の場合は、  
チェックを付けることで申請者欄の記入は  
省略できます。

申請年月日	令和 0 年 00 月 00 日
-------	------------------

申請者	<input type="checkbox"/> 下記被保険者に同じ（申請者欄省略）				
	氏 名	中 央 太 郎		本人との関係	子 ・ 夫 ・ 妻 その他（ ）
	住 所	中 央 区 築 地 一 丁 目 1 番 1 号			
	電話番号	0 0 0 （ 0 0 0 0 ） 0 0 0 0			

被 保 険 者	被保険者番号	0	0	1	2	3	4	5	6				
	フリガナ	チュウオウ ハナコ						生年月日	[ 昭和 ・ 大正 ] / 西暦				
	氏 名	中 央 花 子							00 年 00 月 00 日				
	住 所	中 央 区 築 地 一 丁 目 1 番 1 号											
	電話番号	0 0 0 （ 0 0 0 0 ） 0 0 0 0											
	個人番号	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	<input type="checkbox"/> 身元（実存）確認により省略

再交付する 証明書	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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			
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		

受 付 印
-------