

## 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 令和〇年〇〇月〇〇日

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	000(0000)0000		

被保険者	被保険者番号	00123456		
	フリガナ	チュウオウ ハナコ	生年月日	[ 昭和 ] / 西暦
	氏名	中央 花子		〇〇年〇〇月〇〇日
	住所	中央区築地一丁目1番1号		
	電話番号	000(0000)0000		
	個人番号	00000000000000	<input type="checkbox"/> 身元（実存）確認 により省略	

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 <input checked="" type="radio"/> 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
-----