

後期高齢者医療交付兼再交付申請書

令和 年 月 日

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。

交付を希望する方(被保険者)の情報をご記入ください。

※被保険者番号と個人番号は、ご不明の場合記入不要です。

被 保 険 者	被 保 険 者 番 号		個 人 番 号	
	フリガナ		生年月日	大正 昭和 年 月 日
	氏 名			
	住 所	〒 電話番号		

※被保険者以外の方が窓口に来られた時は下記もご記入ください。

申 請 代 理 人	住 所	〒		
	氏 名			
	電話番号		被保険者との関係（例：夫・妻・子など）	

交付を希望する証明書と、申請理由に○をつけてください。

交付する 証明書	1 資格確認書 2 資格確認書（区分印字あり） ・ 限度額適用・標準負担額減額認定（長期入院該当の場合は別途申請書の記入が必要です） ・ 限度額適用認定 3 特定疾病療養受療証（再発行のみ） 4 その他（ ）
申 請 の 理 由	1 交付 2 再交付 ① 破損・汚損 ② 紛失 ③ 盗難 ④ その他（ ）

※長期入院該当のご申請の場合、「入院日数届書」をご提出ください。

※特定疾病療養受領証の新規申請の方は、「後期高齢者医療特定疾病認定申請書」をご提出ください。

【郵送申請の方へ】証明書の送付先は、住民票の住所または、送付先として届出がある住所です。

区処理欄（※記入しないでください）

資格確認書		□交付		□再交付	
		<input type="checkbox"/> マイナンバーカードを紛失した又は更新中で、有効なマイナンバーカードが手元がない <input type="checkbox"/> マイナンバーカードを返納する予定である <input type="checkbox"/> 介助者等の第三者が被保険者本人に同行して本人の資格確認を補助する必要があるなど、マイナンバーカードでの受診が困難である <input type="checkbox"/> その他（ ）		<input type="checkbox"/> 表面記載のとおり（破損・汚損、紛失、盗難） <input type="checkbox"/> 既に資格確認書の交付を受けているが、任意記載事項についても記載したい <input type="checkbox"/> その他（ ）	
限度額区分		□記載しない	□記載する	□記載しない	□記載する
特定疾病		□記載しない	□記載する	□記載しない	□記載する
特定疾病		□交付		□再交付	
		受付者	再検者	窓口 郵送	受付印
入力・作成					
本人確認記録票 (確認後チェックする)					