

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） <ul style="list-style-type: none"> ・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 <ul style="list-style-type: none"> 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）

		<input type="checkbox"/> 交付	<input type="checkbox"/> 再交付		
資格確認書		<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にない <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（ ））			
	限度額区分	<input type="checkbox"/> 記載しない	<input type="checkbox"/> 記載する	<input type="checkbox"/> 記載しない	<input type="checkbox"/> 記載する
	特定疾病	<input type="checkbox"/> 記載しない	<input type="checkbox"/> 記載する	<input type="checkbox"/> 記載しない	<input type="checkbox"/> 記載する
特定疾病		<input type="checkbox"/> 交付		<input type="checkbox"/> 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)					