

後期高齢者医療再交付申請書

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。

再交付する 証明書	1 資格確認書 2 資格情報通知書（資格情報のおしらせ） 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（ ）

【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。

	受付者	再検者	窓口	受付印
入力・作成				郵送
本人確認記録票 (確認後チェックする)				