

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

次のとおり申請します。 ※ 申請者が本人の場合は、申請者欄は省略できます。

申請者	フリガナ 氏名	本人 ・ 代理者	申請年月日	平成 年 月 日
			本人との関係	
	住所	〒 - 電話番号(- -)		

被 保 険 者	個人番号 (マイナンバー)											
	被保険者番号											
	フリガナ						生年月日	明・大・昭 年 月 日				
	氏名						性別	男 ・ 女				
	住所	〒 - 電話番号(- -) 西東京市										

再交付する証明書	1 被保険者証 2 資格証明書 3 限度額適用・標準負担額減額認定証 4 特定疾病療養受療証 5 その他 ()
申請の理由	1 破損・汚損 2 紛失 3 盗難 4 その他 ()

身元 (実存) 確認書類	個人番号確認書類
<ul style="list-style-type: none"> ・ 個人番号カード ・ 運転免許証 ・ パスポート ・ 身体障害者手帳 ・ 在留カード ・ その他 () 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 個人番号カード ・ 通知カード ・ 住民票 (個人番号記載) ・ 住民票記載事項証明書 (個人番号記載)

受 付	
受付者	