

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。

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒 電話番号		

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	〒 電話番号		

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 特定疾病療養受領証 4 その他（ ）
申 請 理 由	1 破損・汚損 2 紛失 3 盗難 4 その他（ ）

確 認 書 類 （ 本 人 ・ 代 理 人 ）	収受印
1 点確認書類（公的機関が発行した写真付きのもの） 運転免許証、旅券、個人番号カード、在留カード、障害者手帳、その他（ ）	
2 点確認書類（公的機関が発行した写真がないのもの） 介護保険の被保険者証、年金手帳、その他（ ）	

受付者	発行者	窓口渡し	郵送日