

## 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	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 限度額適用・標準負担額減額認定証（1割） 3 限度額適用認定証（3割） 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"> <li>・ 個人番号カード</li> <li>・ 運転免許証</li> <li>・ パスポート</li> <li>・ 身体障害者手帳</li> <li>・ 在留カード</li> <li>・ その他（ ）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 個人番号カード</li> <li>・ 通知カード</li> <li>・ 住民票（個人番号記載）</li> <li>・ 住民票記載事項証明書（個人番号記載）</li> </ul>

受 付	
受付者	