

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。

1 再交付を希望する証明書はどれですか？

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 限度額適用認定証 5 特定疾病療養受療証 6 その他（ ）			
申請理由	1 破損・汚損	2 紛失	3 盗難	4 その他（ ）

2 どなたの証明書を再交付しますか？

被保険者番号		個人番号	
フリガナ		生年月日	明 大 昭 年 月 日
被保険者氏名		性別	男・女・（ ）
被保険者住所	〒 — —		
電話番号	— —		

3 申請する方はどなたですか？

フリガナ		申請年月日	
申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒 — —		
電話番号	— —		

4 窓口で証明書を受け取った方のみ記入してください

受領者氏名		受領年月日	
-------	--	-------	--

以下は処理欄として区職員が使用しますので、記入しないでください。

受付場所	受付者	入力	郵送	再検	確認印
本庁舎					
西部		身元確認 個人番号カード・運転免許証・旅券・障害者手帳・在留カード・ 住基カード・健康保険証・介護保険証・シルバーパス・診察券・ 年金手帳（No. ）・その他（ ）			
南部					
北部		番号確認 個人番号カード・通知カード・住民票の写し・住民記載事項証明書・ 住基台帳・その他（ ）			
谷中					
清川					