

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		

※申請者欄にはこの申請書を記入した方について記入してください。

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		性別	男 ・ 女
	住所	〒 電話番号		

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（ ）
申請の理由	1 破損・汚損 2 紛失 3 盗難 4 その他（ ）

(用紙規格 A4)

来た方	本人確認が1点で完了するもの	本人確認が2点で完了するもの	
<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 世帯員 <input type="checkbox"/> 代理人	<input type="checkbox"/> 個人カード <input type="checkbox"/> 住基カード <input type="checkbox"/> その他 官公署から発行の顔写真付 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 療育手帳 () <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 児童扶養手当 証書 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他 官公署から発行 <input type="checkbox"/> 介護保険証 ()	<input type="checkbox"/> 手渡し <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 差替え