

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 あて
次のとおり申請します。

※太枠内記入願います

申請年月日 令和 年 月 日

申請者氏名		被保険者との関係	
申請者住所	大田区		
	電話番号		

被 保 険 者	被保険者番号												
	個人番号												
	生年月日	明・大・昭			年			月			日		
	フリガナ												
	氏名												
	住所	大田区											
	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()

受付	本人確認資料				交付
本人又は 代理人の 身元確認	1点確認	個人、免許、旅券、手帳、その他()		提示 添付	/
	2点確認	被保険者証(介護・国保・後期)介護負担割合、年金、その他()			
	代理権確認	委任状、登記事項証明書、その他()			

送付日
/