

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。

※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 資格確認書 2 資格情報通知書(資格情報のお知らせ) 3 特定疾病療養受療証 4 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
/