

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		

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ			
	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	〒 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 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 ()

【処理欄】

本人確認	1点	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> (
	2点	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 納入証明書 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> (
代理人	1点	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> (
	2点	<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 納入証明書 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> (

証交付	受付	本人確認書類	対象者	有効期限	再交付印字	回収入力
窓・郵 /						