

後期高齢者医療資格確認書再交付申請書

東京都後期高齢者医療広域連合長 宛

次のとおり再交付を申請します。

申請年月日

令和 年 月 日

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

申請者に○をつけてください	・本人	・代理人	署名	本人との関係
				()
代理人住所	※被保険者本人と別住所の場合はご記入ください			
	電話		()	

申請の理由	1 破損	2 汚損	3 紛失	4 盗難	5 その他 ()
-------	------	------	------	------	-----------

資格確認書を受領しました。	令和 年 月 日
氏名 (署名)	

処理欄

発効期日
年 月 日

端末処理日
年 月 日

1. 手渡し	郵送日
2. 郵送	月 日

確認者	入力者	受付者

個人番号確認方法
1. マイナンバーカード 2. 通知カード 3. 住民票 4. 職権で確認

確認方法	1. マイナンバーカード 2. 運転免許証 運転経歴証明書 3. パスポート 4. 在留カード 5. 身体障害者手帳 6. その他 () (介 通 診 シ ル キ ャ ク レ)
------	---

收受印	事務所收受印