

後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書

東京都後期高齢者医療広域連合長 様

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 ()
-------	---------------------------------------

保険証を受領しました。	令和 年 月 日
氏名(署名)	

処理欄

発効期日
年 月 日

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

- ・ 減額証 (区分 I・II)
 長期該当 (有・無)
- ・ 限度証 (現役 I・II)

端末処理日
年 月 日

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. 住基カード<写真付き> 5. 身体障害者手帳 6. その他 { { 介 通 診 シ ル キ ャ ク レ }
------	---

発効期日
年 月 日

特定疾病療養受療証
発効期日

年 月 日

1. 手渡し	郵送日
2. 郵送	月 日

収受印	事務所収受印

確認者	入力者	受付者

後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書

原則、個人番号(マイナンバー)の記入が必要となりますが、未記入であっても受理いたします。
 ※個人番号(マイナンバー)を記入した場合には、個人番号(マイナンバー)の確認ができる書類および本人確認書類が必要となります。

〇年 〇月 ×日
 人番号

被 保 険 者	0 6 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
	フリガナ ○ ○ △ ×
	氏名 ○ ○ △ × 生年月日 明・大・昭 7年 7月 7日
住所	足立区中央本町1-17-1 電話 03(3880)5111

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 (子)
---------------	-----	------	------------	------------

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 足立区千住○-×	電話 ○×(〇〇△×)××××
-------	------------------------------------	-----------------

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

保険証を受領しました。	令和 年 月 日
氏名(署名)	

処理欄	個人番号確認方法	減額証(区分I・II) 長期該当(有・無)
発効期日	1. マイナンバーカード 2. 通知カード	限度証(現役I・II)
年 月 日	3. 住民票 4. 職権で確認	発効期日
年 月 日	確認方法	年 月 日
端末処理日	1. マイナンバーカード	特定疾病療養受療証
年 月 日	2. 運転免許証 運転経歴証明書	発効期日
	3. パスポート	年 月 日
	4. 住基カード<写真付き>	
	5. 身体障害者手帳	
	6. その他 { }	
	{ 介通診 シル キャ クレ }	
1. 手渡し 2. 郵送	郵送日	收受印
	月 日	事務所收受印
確認者	入力者	受付者