

記入見本

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

申請をする方について記入してください		申請年月日	●年 ●月 ●日
申請者氏名	日野 一郎	本人との関係	長男
申請者住所	日野市日野●●●● 電話番号 042 - ●●● - ●●●●		

被 保 険 者	被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	個人番号	123456789012						
	フリガナ	ヒノ タロウ								生 日	明・大・昭	●	年	●	月	●	日
	氏 名	日野 太郎								性	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女						
	住 所	〒 191 - XXXX 日野市神明●丁目●の●								電話番号 042 - XXX - XXXX							

被保険者本人について記入してください

個人番号（マイナンバー）を記入してください

**再交付を申請する証明書を
○で囲んでください**

あてはまる理由を○で囲んでください

再交付する 証明書	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 被保険者証 <input type="checkbox"/> 2. 資格証明書 <input type="checkbox"/> 3. 限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 4. 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 5. 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 6. その他 ()	申請の理由	<input type="checkbox"/> 1. 破損・汚損 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 紛失 <input type="checkbox"/> 3. 盗難 <input type="checkbox"/> 4. その他 ()
--------------	---	-------	---

受領書

上記で申請

郵送申請の場合、記入不要です

※窓口で受け取る場合、ご記入いただきます

<input type="checkbox"/> 窓口交付 年 月 日 <input type="checkbox"/> 郵送 年 月 日	<input type="checkbox"/> 運輸 <input type="checkbox"/> パ <input type="checkbox"/> 被 <input type="checkbox"/> 介 <input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> マ 備考	訂正するときは、二本線で消した横に届出者のサイン（フルネーム）し、正しい内容を記入してください。 ※修正液等は使わないでください。 例) 届出者が日野一郎、住所を3丁目から1丁目に訂正する場合 <div style="text-align: center;"> <p>日野市神明 3丁目 1丁目</p> <p>日野 一郎</p> </div>
--	---	---