

後期高齢者医療再交付申請書

記入例

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	令和 〇〇 年 〇 月 〇 日
本人との関係	本人・子など を記入

申請者氏名	申請をする方の氏名 を記入
申請者住所	申請をする方の住所 を記入 電話番号 042 - 514 - 8293

被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8	個人番号	個人番号(マイナンバー)を記入 (わからない場合、記入不要です)
フリガナ	ヒノシ ハナコ	生年月日	明・大(昭)●年●月●日
氏名	日野市 花子	再交付する被保険者本人について記入してください (被保険者番号は不明な場合、記入不要)	
住所	〒 191-8686 日野市神明1-12- 電話番号 042 - 514 - 8293		

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 ()	該当する項目に○をして下さい
申請の理由	1. 破損・汚損 (2) 紛失 3. 盗難 () 他 ()	

受領書

上記の太枠内の事項について記入してください
(郵送申請の場合、受領書欄への記入は不要です)

【処理欄】 ※この欄は、記入しないでください。							
□ 窓口交付 年 月 日	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード(被保険者・申請者) <input type="checkbox"/> 運転免許証(被保険者・申請者) <input type="checkbox"/> 被保険者証、資格確認書(被保険者・申請者) <input type="checkbox"/> 介護保険証(被保険者・申請者) <input type="checkbox"/> 保険料通知書(被保険者・申請者) <input type="checkbox"/> その他() (被保険者・申請者)						
	□ 郵送 年 月 日	備考	受付	入力	確認	紛失証 回収入力	