## 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 様次のとおり申請します。

			申請年月日	令 和	年	月	日	
申請者氏名			本人との関係					
		₹	1	ı				
申請者住所								
		電話番号						
	T			T				
被	被保険者		個人番号					
保	フリ	ガ ナ   	 生 年 月 日	明·大	年	月	日	
	氏	名		昭	, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	71	I	
険		〒						
者	住	所						
電話番号								
再交付する 証明書		1 被保険者証 2 資格証明書						
		3 限度額適用・標準負担額減額認定証 4 限度額適用認定証						
		│ 5  特定疾病療養受療証 │	6 その	他(			)	
申	請の理由	1 破損 2 汚損 3 紛失 4	盗難 5 そのfl	<u>ቱ</u> (			)	
	口 受 領 者 氏 名	Á						
,	<u> </u>							
番号確認 身元確認								
代	理権確認	交付確認						
	1.個人番号カード 2.運転免許証 3.パスポート 4.住基カード 5.身体障害者 6.在留カード等 7.通知カード 8.介護保険被保険者証 9.年金手帳						<b>当手帳</b>	
	10	5. 任宙カード等		1 克比	シ. 十亚丁恢	ζ.	)	
	宏	12. その他(					)	

受 付	入 力	確認(交付)