

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

次のとおり申請します。

※ 申請者が本人の場合は、申請者欄は省略できます。

申 請 者	フリガナ 氏 名	本人 ・ 代理者	申請年月日	年 月 日
			本人との関係	
	住 所	〒 - 電話番号(- -)		

被 保 険 者	個人番号 (マイナンバー)													
	被保険者番号													
	フリガナ							生年月日	明・大・昭 年 月 日					
	氏 名													
	住 所	〒 - 電話番号(- -) 西東京市												

再交付する証明書	1 資格確認書 2 限度額適用・標準負担額減額認定証（１割） 3 限度額適用認定証（３割） 4 特定疾病療養受療証 5 その他（ ）
申 請 の 理 由	1 破損・汚損 2 紛失 3 盗難 4 その他（ ）

身元（実存）確認書類	個人番号確認書類
・ 個人番号カード ・ 運転免許証 ・ パスポート ・ 身体障害者手帳 ・ 在留カード ・ その他（ ）	・ 個人番号カード ・ 通知カード ・ 住民票（個人番号記載） ・ 住民票記載事項証明書 （個人番号記載）

受 付	
受付者	