

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 宛て
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				
申請者住所	〒					
	電話番号					

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
	氏 名					
	住 所	〒 電話番号				

[illegible]

番号確認		身元確認	
代理権確認		交付確認	
〒 () 窓	1. 個人番号カード 2. 運転免許証 3. パスポート 4. 身体障害者手帳 5. 在留カード等 6. 資格確認書 7. 介護保険被保険者証 8. 年金手帳 9. 資格情報のお知らせ 10. その他 ()		

(戻り 有・無)

受 付	入 力	確認(交付)