

後期高齢者医療交付兼再交付申請書

令和 年 月 日

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。

交付を希望する方(被保険者)の情報をご記入ください。

※被保険者番号と個人番号は、ご不明の場合記入不要です。

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	大正 昭和 年 月 日
	氏名			
	住所	〒 電話番号		

※被保険者以外の方が窓口に来られた時は下記もご記入ください。

申 請 代 理 人	住所	〒		
	氏名			
	電話番号		被保険者との関係(例:夫・妻・子など)	

交付を希望する証明書と、申請理由に○をつけてください。

交付する 証明書	1 資格確認書 ※令和6年12月2日以降「保険証」と代わるものです。 2 限度額適用・標準負担額減額認定証 (長期入院該当の場合は別途申請書の記入が必要です) 3 限度額適用認定証 4 特定疾病療養受療証(再発行のみ) 5 その他()
申請の理由	1 交付 2 再交付 ① 破損・汚損 ② 紛失 ③ 盗難 ④ その他()

※長期入院該当のご申請の場合、「入院日数届書」をご提出ください。

※特定疾病療養受領証の新規申請の方は、「後期高齢者医療特定疾病認定申請書」をご提出ください。

【郵送申請の方へ】証明書の送付先は、住民票の住所または、送付先として届出がある住所です。