

後期高齢者医療再交付申請書の送付について

「後期高齢者医療資格確認書」等の再交付のための「後期高齢者医療再交付申請書」を送付いたします。

申請書に、必要事項を記入のうえ返送してください。なお、このご案内の裏面が記入例になっていますのでご参照ください。

郵送にて受付しました申請書につきましては、内容を確認後、ご本人の住民票上の住所（送付先変更依頼書が提出されている場合は送付先の住所）へ、証書を再発行してお送りします（資格確認書については、特定記録郵便でお送りいたします）。

問い合わせ・申請先

〒153-8573

目黒区上目黒2-19-15

（目黒区総合庁舎1階）

目黒区 国保年金課 後期高齢者医療係

電話 03-5722-9838（直通）

（裏面が記入例になっています）

記入例

- ・申請者の氏名
- ・被保険者との続柄
- ・申請者の住所
- ・日中連絡のつく電話番号

を記入してください。

※申請者は被保険者本人でも構いません

申請年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日		
申請者氏名	目黒 太郎	本人との関係	例：長男
申請者住所	〒153-8573 目黒区上目黒2丁目19番15号		
電話番号 〇〇 (△△△△) □□□□			

被 保 険 者	被保険者番号	0 1 2 3 * * * *	個人番号	
	フリガナ	メグロ ハナコ	生年月日	大正・昭和 〇〇年〇〇月〇〇日
	氏 名	目黒 花子		
	住 所	〒153-8573 目黒区上目黒2丁目19番15号		
電話番号 〇〇 (△△△△) □□□□				

再交付する 証明書	1 資格確認書	
	2 資格情報通知書	
	3 特定疾病療養受療証	
	4 その他 ()	
申請の理由	1 破損・汚損 2 紛失 3 盗難 4 その他 ()	

- ・被保険者番号(不明な場合は記入不要)
 - ・被保険者氏名(フリガナ)
 - ・被保険者の生年月日
 - ・被保険者の住所
 - ・被保険者の電話番号
- を記入してください。

【 地区記入欄 】 【 期高齢者医療係処理欄 】

受付地区	確認書類	受付者	入力者	検認者
北部	再交付する証書および申請理由の該当する番号に○(マル)をつけてください。(複数選択可)			
南部		受付印		
地区受付者	代理人	・その他 ()		
	・運転免許証(経歴証明書)	・マイナンバーカード		
	・パスポート(住所の記載があるもの)	・障害者手帳		
	・写真付き住基カード	・在留カード		
	・その他 ()			

証書発送日： 年 月 日 ・ 窓口交付

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あて
次のとおり申請します。

		申請年月日	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	大正・昭和 年 月 日
	氏 名			
	住 所	〒 電話番号 ()		

再交付する 証明書	1 資格確認書 2 資格情報通知書 3 特定疾病療養受療証 4 その他 ()
申 請 の 理 由	1 破損・汚損 2 紛失 3 盗難 4 その他 ()

【 地区記入欄 】 【 後期高齢者医療係処理欄 】

受付地区	確認書類		受付者	入力者	検認者
北部 中央 南部 西部	本人	・運転免許証（経歴証明書） ・マイナンバーカード ・パスポート（住所の記載があるもの） ・障害者手帳 ・写真付き住基カード ・在留カード ・その他 ()			
地区受付者	代理人	・運転免許証（経歴証明書） ・マイナンバーカード ・パスポート（住所の記載があるもの） ・障害者手帳 ・写真付き住基カード ・在留カード ・その他 ()	受付印		