

後期高齢者医療再交付申請書

記入見本

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。

申請者氏名	練馬 太郎	申請年月日	令和 6 年 1 2 月 2 日
申請者住所	〒177-0041 練馬区石神井町3-30-26	本人との関係	長男
		電話番号	03-0000-0000

この申請書をご記入いただく方の氏名・住所・
電話番号等をご記入下さい。

被 保 険 者	(個人番号)											
	被保険者番号	1	1	1	1	1	1	1				
	フリガナ	ネリマ ハナコ									生年月日	
	氏名	練馬 花子									明大昭 7 年 7 月 7 日	
	住所	〒177-0041 練馬区石神井町3-30-26										

被保険者番号が不明の場合は、
空欄にしておいてください。

再交付を希望
する証明書

- 資格確認書
- 資格情報のお知らせ
- 特定疾病療養受療証

令和7年8月1日以降に出力できる予定です。
(マイナ保険証の利用登録している方のみ)

被保険者証の再交付は令和6年12月1
日で終了しました。
減額認定証の内容もこちらに記載される
ようになりました。

必要なものに○をつけてください。

申請の理由 1 破損・汚損 2 紛失 3 盗難 4 その他 ()

入力者	再検者	交付方法
		郵送 (簡易書留のみ)

本人確認	済・未
代理権確認	済・未