

後期高齢者医療再交付申請について

後期高齢者医療被保険証などを破損・紛失した場合は、次の方法で再交付の申請をしてください。

<提出書類>

- 「後期高齢者医療再交付申請書」

<提出先>

- 目黒区役所 国保年金課 後期高齢者医療係
- 各地区サービス事務所（※申請書受付のみで、窓口交付はできません。）

※郵送で申請する場合は、下記の宛先へ申請書を郵送してください。

〒153-8573
目黒区上目黒2丁目19番15号
目黒区 国保年金課
後期高齢者医療係 行

切り取ってご使用ください。

<手続き方法>

1) 「後期高齢者医療再交付申請書」に記入例のとおり記入してください。

2) [国保年金課 後期高齢者医療係窓口での窓口交付の場合]

申請書の提出および下記の身分証明書類の提示が必要です。代理人が窓口交付を受ける場合、本人および代理人それぞれの身分確認書類の提示が必要となります。

| | 確認書類 | |
|--------|-------------------------------------|------------------------------------|
| | 本人 | 代理人 |
| 1点で可 | 運転免許証、パスポート、マイナンバーカード、身体障害者手帳など | 運転免許証、パスポート、マイナンバーカード、身体障害者手帳など |
| 2点以上必要 | 健康保険証※、介護保険証、年金手帳等の顔写真付きではない身分証明書など | 健康保険証、介護保険証、年金手帳等の顔写真付きではない身分証明書など |

※後期高齢者医療被保険者証以外の証明書の再交付の場合、本人の後期高齢者医療被保険者証1点でも可。

[郵送での交付の場合]

後期高齢者医療被保険者証は簡易書留郵便（それ以外の証明書は普通郵便）での送付となり、ご申請をいただいてから概ね1週間でお届けいたします。

【お問合せ先】

〒153-8573 目黒区上目黒2丁目19番15号
目黒区役所 国保年金課 後期高齢者医療係
電話 03-5722-9838（直通）

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 | 明治・大正・昭和 年 月 日 |
| | 氏名 | | | |
| | 住所 | 〒 電話番号 () | | |

| | |
|--------------|--|
| 再交付する 証明書 | 1 被保険者証 2 資格証明書 3 限度額適用・標準負担額減額認定証 4 限度額適用認定証 5 特定疾病療養受療証 6 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 ・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 ・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 | | |

保険証等発送日： 年 月 日 ・ 窓口交付

記入例

- ・申請者の氏名
 - ・被保険者本人との続柄
 - ・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

再交付申

| | |
|--------|------------------------------|
| 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 (△△△△) □□□□ |

| | | | |
|--------|------------------------------|------|--------------------|
| 被保険者番号 | 0 1 2 3 * * * * | 個人番号 | |
| フリガナ | メグロ ハナコ | 生年月日 | 明治・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 被保険者証 | <ul style="list-style-type: none"> ・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。 |
| | 2 資格証明書 | |
| 3 限度額適用・標準負担額減額認定 | | |
| 4 限度額適用認定証 | | |
| 5 特定疾病療養受療証 | | |
| 6 その他 () | | |
| 申請の理由 | 1 破損・汚損 2 紛失 3 盗難 4 その他 () | |

【 地区別 】 【 後期高齢者医療係処理欄 】

再交付する証明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)

| | | | |
|---|-----|-----|-----|
| 確認書類 | 受付者 | 入力者 | 検認者 |
| 障がい者手帳 写真付き住基カード ・在留カード ・その他 () | | | |
| 南部 西部 地区受付者 代理人 | 受付印 | | |

区処理欄につき、記入不要