

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
次のとおり申請します。

申請者 氏名		申請年月日	令和	年	月	日
		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	年 月 日
	氏名			
	住所 <small>申請者と同住所なら 記入不要</small>	〒		
	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()

受付者	再検者	窓口 郵送 /	受付印