

後期高齢者医療再交付申請書

【記入例】

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。

申請年月日・申請者の氏名・本人との関係（※被
保険者本人が申請者であれば「本人」）・住所・電
話番号を記入してください。

	申請年月日	令和4年 4月 1日
申請者氏名	府中 太郎	本人との関係 長男
申請者住所	〒183 - 8703 府中市宮西町2-24	

被保険者番号（不明の場合は未記入でかまいません）・
個人番号（不明の場合は未記入でかまいません）・被保
険者本人の氏名・住所（※申請者と同じであれば「同
上」）・電話番号・生年月日を記入してください。

被 保 険 者	被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	個人番号	1	1	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6	
	フリガナ	フチュウ ハナコ									生年月日	大正 昭和 西暦											
	氏名	府中 花子										11年 1月 1日											
	住所	〒183 - 0056 府中市寿町1-5 電話番号 042 (364) 4111																					

再交付する証明書	1 資格確認書 2 資格情報のお知らせ 3 特定疾病療養受療証 4 その他《健康診査受診券》（—————）
申請の理由	1 破損・汚損 2 紛失 3 盗難 4 その他（ ）

※担当課処理 1. 窓口交付 2. 郵送交付（簡易・特定・普通） 発送日： 月 日