

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。

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒 ー 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 西暦	年 月 日									
	氏 名																				
	住 所	〒 ー 電話番号 ()																			

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
(用紙規格 A4)