

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 資格情報通知書 3 特定疾病療養受療証 4 その他《 限度額適用・標準負担額減額認定証 / 限度額適用認定証 / 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)