

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	〒 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		性別	男 ・ 女
	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（ ）

(用紙規格 A4)

受付	窓口渡し	郵送
		月 日発送