A 1

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あて
次のとおり申請します。

		申請年月日	令和　　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	（個人番号）												
	被保険者番号												
	フリガナ									生年月日			
	氏名									明 大 昭　　年　　月　　日			
	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（　　）	受付印	
		受付者	
申請の理由	1　破損・汚損　　2　紛失　　3盗難　　4　その他（　　）		

入力者	再検者	
		窓口 郵送　　／

本人確認	済・未
代理権確認	済・未