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。

									_					
	=+ +				■ ■		年		+	4	Ŧ	月	日	
申請者氏名					本		との	関 係	†					
内建本分配		₹												
申請者住所			電話番 号											
	(個人番	号)												
被	被保険者	番号												
保	フリガナ									生年月日				
	氏	名							明大					
険									昭	年	月	日		
者			₹											
	住													
	電話番号							<u>,</u>						
再交付する		1	—————————————————————————————————————								受 付 印			
		2	資格証明書 											
再3	を付する	3	限度額適用	▪標準負担	額減額認知	定証								
	を付する 月書	3			額減額認知	定証								
			限度額適用記	忍定証	額減額認知	定証								
		4 5	限度額適用記	忍定証	額減額認知	定証		,		受付4				
証明	月書	4 5 6	限度額適用記 特定疾病療 その他(忍定証 養受療証)						
卸申	請の理由	4 5 6	限度額適用記	忍定証			4) その他	1 (付)	
証明申	請の理由	4 5 6 1 页	限度額適用記 特定疾病療 その他(忍定証 養受療証	3 盗動	難				付 者)	
卸申	請の理由	4 5 6 1 和 食者	限度額適用記 特定疾病療 その他(被損・汚損	忍定証 養受療証 2 紛失	3 盗		認		3.(済・未 済・未	付 者)	