

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 資格確認書		受 付 印	
	2 資格情報のお知らせ			
	3 特定疾病療養受療証			
	4 その他 ()		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