

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	被保険者番号									
	個人番号									
	フリガナ									
	氏名							生年月日	明・大・昭	年 月 日
	住所	〒 世田谷区 丁目 番 号 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(<input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証【1割の方】) (<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証【3割の方】) ()
申請の理由	1 破損・汚損 2 紛失 3 盗難 4 その他()

本人確認					受付者	点検者
保険証 又は 資格確認書	パス ポート	個人番号 カード	運転 免許証	その他 : () : ()		