

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 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（1割の方） 4 限度額適用認定証（3割の方） 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 ()

本人確認				
保険証	パスポート	個人番号カード	運転免許証	その他 ・ () ・ ()

受付者	点検者