

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							
	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 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	交付方法
		郵送 (簡易書留のみ)

本人確認	済・未
代理権確認	済・未