

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 様
 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		被保険者との関係	
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		大・昭 年 月 日		
	氏名				大・昭 年 月 日				
	住所	〒 - 電話番号							

再交付する 証書	1 資格確認書 2 限度額適用(・標準負担額減額)認定証 3 特定疾病療養受療証 4 その他 ()
申請の理由	1 破損・汚損 2 紛失 3 盗難 4 その他 ()

受付	出力	証交付	審査
		窓口 郵送 (月 日)	