

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								
	氏名						生 年 月 日	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 資格情報のお知らせ 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）	