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	明・大・昭　　年　　月　　日		
	氏　　名									
	住　　所	〒 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 4　特定疾病療養受療証 5　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	証交付	確認
	窓口 郵送	