

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	立川 一郎	被保険者との関係	子
申請者住所	〒190-0022 立川市錦町3-2-26 電話番号 080-xxxxx-xxxxx		

被 保 険 者	被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7		
	フリガナ	タチカワ タロウ		
	氏名	立川 太郎	生年月日	明・大・昭 ○年 ○月 ○日
	住所	〒190-0015 立川市泉町1156-9 電話番号 042-xxxxx-xxxxx		

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	