

後期高齢者医療再交付申請書 **【郵送請求用】**

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	平成 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	明・大・昭 年 月 日
	氏名								性別	男 ・ 女
	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( )

(区処理欄    月    日 簡易書留郵送)