

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 宛
次のとおり申請します。

		申 請 年 月 日	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		個 人 番 号	
	フリガナ			
	氏 名		生 年 月 日	年 月 日
	住 所	〒 電話番号		

再 交 付 す る 証 明 書	1 資格確認書 2 資格情報通知書 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（ ）

証交付済（ 月 日）窓口・郵送 /

入力	確認