

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		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	電話番号		

再交付する 証明書	1 資格確認書 2 資格情報のお知らせ 3 特定疾病療養受療証 ※再交付する証明書については、現在交付しているものが対象です。
申請の理由	1 破損・汚損 2 紛失 3 盗難 4 その他（ ）

 資格確認書・お知らせ・特定疾病
 交付済（ 月 日）窓口・郵送 /

入力	確認