

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			明治 大正 昭和
	氏名		生年月日	
住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ（申請者と住所が異なる場合は、記入してください） 〒 _____ 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 限度額適用認定証 5 特定疾病療養受療証 6 その他 (_____)
申請の理由	1 破損・汚損 2 紛失 3 盗難 4 その他 (_____)

(用紙規格 A4)

受付印	交付方法	身元確認	証作成	確認	
	・手渡 ・郵送	・免許 ・パスポート ・個、住カード			
					番号確認