

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 ( )

(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 ( / ) 発送	・免許証(経歴証明書) ・パスポート ・マイナンバーカード ・その他 ( )		