

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あて
次のとおり申請します。

		申請年月日	令和 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	明・大・昭 年 月 日
	氏 名										
	住 所	〒 世田谷区 丁目 番 号 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()

本 人 確 認					受付者	点検者
資格確認書	パスポート	個人番号カード	運転免許証	その他 : () : ()		