

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	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生 年 月 日	明治 大正 昭和 年 月 日
	住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ 〒 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)

注意
 ホームページでダウンロードした申請書をご利用の場合、
 再交付した証書の送付先は、**ご本人様の住所**もしくは**既に登録されている送付先住所**に限ります。

入力	受付印
送付	
/	