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（　　）

【処理欄】

証出力	証交付						確認
／	窓本人	／	窓申者	／	郵送	／	