

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									性別	男 ・ 女								
	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)

【処理欄】

確認書類	運転免許証・マイナンバーカード
	介護保険証・障害手帳
	公的機関からの書類
	その他

受付	処理日	交付方法