

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。

申請者	☐ 下記被保険者に同じ		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									明治	大正	昭和	西暦
	氏名							生年月日		年 月 日			
	住所	荒川区 電話番号 ()											

再交付する 証明書	1 資格確認書		◎左記の申請した書類を受領しました。 氏名（署名）	
	2 限度額適用・標準負担額減額認定証			
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)

申請者	代理権	担当者
マイナ 介護証 ()	マイナ 介護証 ()	
・ 免許証 ・ 保険証等	・ 免許証 ・ 保険証等	