

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							生年月日	明治	大正	昭和	西暦	
	氏名								年	月	日		
	住所	荒川区 電話番号 ()											

再交付する 証明書	1 被保険者証		◎左記の申請した書類を受領しました。 氏名（署名）
	2 資格証明書		
3 限度額適用・標準負担額減額認定証			
4 特定疾病療養受療証			
5 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・免許証 介護証・保険証 ()	マイナ・免許証 介護証・保険証 ()	

☐ 郵送