

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	明・大・昭	年	月	日
	氏名									性別	男・女			
	住所	〒 191 -												
		電話番号 042 - -												

再交付する 証明書	1. 被保険者証 2. 資格証明書 3. 限度額適用・標準負担額減額認定証 4. 限度額適用認定証 5. 特定疾病療養受療証 6. その他 ()
申請の理由	1. 破損・汚損 2. 紛失 3. 盗難 4. その他 ()

受領書

上記で申請した証明書を受領しました。

年 月 日

受領者氏名 _____

【処理欄】 ※この欄は、記入しないでください。

□ 窓口交付 年 月 日	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 保険料通知書 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他()					
	□ 郵送 年 月 日	備考		担当		紛失証 回収入力