

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 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 ()

(用紙規格 A4)

出張所 記入欄				資格賦課係 記入欄				受付印
白・富・豊・小・亀・大・砂・南				受付	入力	確認	窓口交付	
受 付 者		受 付 日	月 日				郵送処理	
							未処理	
				証返戻 <input type="checkbox"/> なし		発効期日: 年 月 日		

記入見本

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。

申請者の方についてご記入ください。
※ご捺印は不要です

申請者氏名	江東 太郎	申請年月日	〇年 〇月 〇日
申請者住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 江東区〇〇 〇丁目〇番〇号		
		本人との関係	本人
		電話番号	

被 保 険 者	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8	個人番号	
	フリガナ	コウトウ タロウ	生年月日	〇年 〇月 〇日
	氏名	江東 太郎		
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 江東区〇〇 〇丁目〇番		電話番号 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

再交付する方についてご記入ください。
※被保険者番号が分からない場合、被保険者番号欄は空欄でご提出ください
※個人番号欄は空欄でご提出ください

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

再交付を希望する証明書と申請の理由に〇を付けてください。

(用紙規格 A4)

出張所 記入欄				資格賦課係 記入欄				受付印	
白・富・豊・小・亀・大・砂・南				受付	入力	確認		窓口交付	
受 付 者	受 付 日	月	日					郵送処理	
								未処理	
				証返戻 <input type="checkbox"/> なし		発効期日: 年 月 日			