

後期高齢者医療再交付申請書

(記入見本)

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。

| | | | |
|-------|---|--------|--------------|
| 申請者氏名 | 豊島 太郎 | 申請年月日 | 令和 4年 10月 1日 |
| | | 本人との関係 | 本人 |
| 申請者住所 | 〒170-0000 豊島区000 ×-×-× 電話番号 03 - 0000 - ×××× | | |

番号がわからない場合は記入不要です。

| | | | | |
|------------------|---|----------|------|---------------|
| 被 保 険 者 | 被保険者番号 | 12340000 | 個人番号 | 123456780000 |
| | フリガナ | トシマ タロウ | | |
| | 氏名 | 豊島 太郎 | 生年月日 | 昭和〇〇年 〇〇月 ××日 |
| | 住所 <small>申請者と同住所なら 記入不要</small> | 申請者と同じ | | 電話番号 |

| | | |
|--------------------|----------------------------|------------------------|
| 再交付する 証明書 | ① 被保険者証 | 再交付したい証明書の番号にマルをして下さい。 |
| | 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() | |

該当する理由の
番号にマルをし
て下さい。

| | | | |
|-----|-----|------------|-----|
| 受付者 | 再検者 | 窓口 郵送 / | 受付印 |
| | | | |