

## 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 様  
 次のとおり申請します。

		申請年月日	平成 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	〒		
		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 特定疾病療養受療証 5 その他（ ）
申請の理由	・紛失 ・汚損 ・破損 ・盗難 ・その他（ ）

## 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 様  
 次のとおり申請します。

記入例

	申請年月日 平成〇〇年〇〇月〇〇日
申請者氏名 <b>後期 一郎</b> (印)	本人との関係 <b>本人</b>

申請者住所	〒194-XXXX 町田市〇〇町1-2-3
-------	--------------------------

電話番号 042-0000-XXXX  
 個人番号の記入にあたって、本人確認書類と  
 個人番号確認書類が必要です。  
 詳しくはお問い合わせください。

被 保 険 者	被保険者番号	9 8 7 6 5 4 3 2	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
	フリガナ	コウキ イチロウ	生 年 月 日	明・大・昭〇〇年〇〇月〇〇日
	氏 名	後期 一郎	性 別	(男) ・ 女
	住 所	〒194-XXXX 町田市〇〇町1-2-3  電話番号 042-0000-XXXX		

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 特定疾病療養受療証 5 その他 ( )
--------------	--

申請の理由	(紛失) ・ 汚損 ・ 破損 ・ 盗難 ・ その他 ( )
-------	-------------------------------