

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	令和8年6月19日
申請者氏名	広域 太郎	本人との関係	本人
申請者住所	〒150-8010 東京都渋谷区宇田川町1-1 電話番号 03-1234-5678		

被 保 険 者	被保険者番号	12345678	個人番号	123456789012
	フリガナ	コウイキ タロウ		
	氏名	広域 太郎	生年月日	昭和25年1月1日
	住所	〒150-8010 東京都渋谷区宇田川町1-1 電話番号 03-1234-5678		

再交付する 証明書	① 資格確認書 2 資格情報のお知らせ 3 特定疾病療養受療証 4 その他（ ）			
申請の理由	1 破損・汚損 ② 紛失 3 盗難 4 その他（ ）			