

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	2024年 12月 2日
申請者氏名	中央 太郎	本人との関係	本人
申請者住所	〒104-8404 中央区築地一丁目1番1号 電話番号 03-3546-5362		

被 保 険 者	被保険者番号	12345678	個人番号	000000000000
	フリガナ	チュウオウ タロウ		
	氏名	中央 太郎	生年月日	昭和20年12月2日
	住所	〒104-8404 中央区築地一丁目1番1号 電話番号 03-3546-5362		

申請者が本人の場合は、
「同上」で可

再交付する 証明書	1 資格確認書 2 資格情報通知書 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（ ）

資格情報のお知らせ