

別記第9号様式（第9条、第26条関係）

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			
	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	〒 電話番号		

再交付する 証明書	1 資格確認書 2 資格情報通知書 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（ ）