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 | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日 | 　 |
| 氏名 | 　 |
| 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（　　　　　　　　） |
| 　 |

（用紙規格　Ａ４）