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）