別記第９号様式（第９条、第２６条、第２９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		性別	男　・　女
	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（資格情報のお知らせ） ３　限度額適用・標準負担額減額認定証 ４　特定疾病療養受療証 ５　その他（　　）
申請の理由	１　破損・汚損　　２　紛失　　３　盗難　　４　その他（　　）

本人確認：　マイナンバーカード・免許証・介護保険証・その他　　委任確認　：　有　・　無

（用紙規格　Ａ４）