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		**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 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（　　）

（用紙規格　Ａ４）

【処理欄】

確認書類		運転免許証・マイナンバーカード
		介護保険証・障害手帳
		金融機関キャッシュカード・通帳
		公的機関からの書類
		その他

受付	処理日	交付方法