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　宛て
次のとおり申請します。

		申請年月日	令和　　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	明･大 昭	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　特定疾病療養受療証 3　その他（　　）
	（下記は有効な後期高齢者医療被保険者証をお持ちの方のみ再交付できます） 4　限度額適用・標準負担額減額認定証　5　限度額適用認定証
申請の理由	1 破損　2 汚損　3 紛失　4 盗難　5 その他（　　）
窓口受領者氏名	

番号確認	身元確認
代理権確認	交付確認
〒 窓	1. 個人番号カード　2. 運転免許証　3. パスポート　4. 住基カード 5. 身体障害者手帳　6. 在留カード等　7. 介護保険被保険者証　8. 年金手帳 9. 診察券　10. 通帳又はキャッシュカード（　　） 11. その他（　　）

（　戻り　有・無　）

受付	入力	確認(交付)