

別記第9号様式（第9条、第26条、第29条、第29条の2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 被保険者証 2 資格証明書 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）