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	明治・大正・昭和　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）

入力	受付印
送付	
／	

注意

ホームページでダウンロードした申請書をご利用の場合、再交付した証書の送付先は、**ご本人様の住所**もしくは**既に登録されている送付先住所**に限ります。

【ホームページ用】