地域事務所名

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。

申請者氏名		申請年月日	
		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	
	氏名			
	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（　　）

以下、担当記入欄　　（用紙規格　Ａ４）

	〈入　力〉	〈確　認〉	〈本人確認〉 □マイナンバーカード　□介護保険証　□免許証・運転経歴証明書 その他（　　）