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	大正 昭和 西暦	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《健康診査受診券 ・ （　）》
申請の理由	1　破損・汚損　2　紛失　3　盗難　4　その他（　）

※担当課処理〈 １．窓口交付　２．郵送交付（ 簡易 ・ 特定 ・ 普通 ） 発送日：　月　日 〉

（用紙規格　Ａ４）