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	狛江　太郎	本人との関係	本人
申請者住所	〒 201-8585 狛江市和泉本町一丁目１番５号 電話番号　03（3430）1111		

被保険者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ	コマエ　タロウ	生年月日	明治 大正 昭和（○）　10年１月２日
	氏　名	狛江　太郎		
	住　所	☑申請者と同じ（申請者と住所が異なる場合は、記入してください） 〒　　－ 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）

受付印

交付方法	身元確認
・手渡 ・郵送	・免許 ・パスポート ・個、住カード

証作成	確認

番号確認