

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	令和〇年〇月〇日
申請者氏名	調布 太郎	本人との関係	本人
申請者住所	〒182-8511 調布市小島町2丁目35番地1 電話番号 042-481-7148		

被 保 険 者	被保険者番号	11111111	個人番号	111111111111
	フリガナ	チョウフ タロウ		
	氏名	調布 太郎	生年月日	昭和20年12月1日
	住所	〒182-8511 調布市小島町2丁目35番地1 電話番号 042-481-7148		

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（ ）