別記第９号様式（第９条、第２６条、第２９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　　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			
	住所	〒 電話番号		

再交付する証明書	1　資格確認書（保険証再交付希望の方は、こちらを選択してください。） 2　資格情報通知書 3　特定疾病療養受療証 4　その他（　減額認定証　限度額認定証　）
申請の理由	1 破損・汚損　2 紛失　3 盗難　4 その他（　）

区処理欄	身元確認	本人	マイナンバーカード・運転免許証・旅券・介護保険証 その他（　）	受付印
		代理人	マイナンバーカード・運転免許証・旅券・健康保険証 その他（　）	
	個人番号確認		マイナンバーカード・住民票の写し	
	代理権確認		委任状・登記事項証明書 被保険者の（保険証・ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰｶｰﾄﾞ・旅券・介護保険証 その他（　））	
	郵送：　月　日発送			
	課長　係長　係員　再検			

ホームページダウンロード　　（用紙規格　Ａ４）