

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	狛江 太郎	申請年月日	年 月 日
申請者住所	〒201-8585 狛江市和泉本町一丁目1番地5号	本人との関係	本人
		電話番号	03-3430-1111

被 保 険 者	被保険者番号	12345678	個人番号	
	フリガナ	コマエ タロウ		
	氏名	狛江 太郎	生年月日	昭和20年1月1日
	住所	〒 同上	電話番号	同上

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（ 保険証を紛失したため ）
申請の理由	1 破損・汚損 2 紛失 3 盗難 4 その他（ ）