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	明・大・昭　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（　）
申請の理由	１　破損・汚損　２　紛失　３　盗難　４　その他（　）

事務処理欄

【受付時確認】
1. 身元確認…[1点確認写真付]（旅・免・個カ・住基・障・在・その他＿＿＿＿＿＿＿＿）
　　[2点確認写真無]（証・資書・年金・介・通知・その他＿＿＿＿＿＿＿＿）
2. 代理権確認(被保険者以外からの申請)･･･（登記・委任・個カ・その他＿＿＿＿＿＿＿＿）
3. 個人番号…記載無、記載有（個カ・通カ・番住民）

受付		職権記入		入出力		確認		発送引渡	郵・即

（通常/ FAX ）

区民係