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○年○月○日
申請者氏名	杉並　太郎	本人との関係	本人
申請者住所	〒○○○－○○○○ 杉並区～ 電話番号 090（○○○○）XXXX		

被保険者	被保険者番号	01234567	個人番号	123456789012
	フリガナ	スギナミ　タロウ	生年月日	明・大・昭　○年○月○日
	氏名	杉並　太郎		
	住所	〒○○○－○○○○ 杉並区～ 電話番号 090（○○○○）XXXX		

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