

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	広域 花子	本人との関係	本人
申請者住所	〒194-8520 町田市森野2-2-22 電話番号 042-724-3111		

被 保 険 者	被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7	個人番号	0 1 2 3 4 5 6 7
	フリガナ	コウイキ ハナコ		
	氏名	広域 花子	生年月日	昭和24年12月30日
	住所	〒194-8520 町田市森野2-2-22 電話番号 042-724-3111		

再交付する 証明書	<p>① 資格確認書</p> <p>2 資格情報通知書</p> <p>3 特定疾病療養受療証</p> <p>4 その他 ( )</p>
申請の理由	<p>1 破損・汚損 ② 紛失 3 盗難 4 その他 ( )</p>

(用紙規格 A4)