

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6年12月2日 |
| 申請者氏名 | 後期 太郎 | 本人との関係 本人 |
| 申請者住所 | 〒207-8585 東大和市中央3丁目930番地 電話番号 042-563-2111 | |

| | | | | |
|------------------|--------|--|------|-------------|
| 被 保 険 者 | 被保険者番号 | 99999999 | 個人番号 | 記載不要です |
| | フリガナ | コウキ タロウ | | |
| | 氏名 | 後期 太郎 | 生年月日 | 昭和20年 1月 1日 |
| | 住所 | 〒207-8585 東大和市中央3丁目930番地 電話番号 042-563-2111 | | |

| | | |
|--------------|--------------------------------------|---|
| 再交付する 証明書 | 1 資格確認書 | <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> 該当する項目の番号に マルをつけてください。 </div> |
| | 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 () | <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; display: inline-block;"> 申請理由の番号にも マルをつけてください。 </div> |