

記入見本

別記第9号様式（第9条、第26条、第29条、第29条の2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	令和〇年〇月〇日	
申請者氏名	渋谷 太郎	本人との関係	子
申請者住所	〒150-8010 渋谷区宇田川町1-1 電話番号03-3463-1211		

被 保 険 者	被保険者番号	01234567	個人番号	123456789012
	フリガナ	シブヤ ハナコ	生年月日	昭和10年 1月 1日
	氏名	渋谷 花子	性別	男 ・ 女
	住所	〒150-8010 渋谷区宇田川町1-1 電話番号03-3463-1211		

再交付する 証明書	① 被保険者証 2 資格証明書 ③ 限度額適用・標準負担額減額認定証 4 限度額適用認定証 5 特定疾病療養受療証 6 その他（ ）
申請の理由	1 破損・汚損 ② 紛失 3 盗難 4 その他（ ）

（用紙規格 A4）