|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 別記第９号様式（第９条、第２６条関係）  **記入見本**  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 | | **武蔵野　次郎** | | | 本人との関係 | **次男** | |
| 申請者住所 | | 〒**１８０－８７７７**　　　　　　  **武蔵野市緑町○―△―□**  電話番号　　**XX－○○○○** | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | 被保険者 | 被保険者番号 | | | 12345678 | 個人番号 | | 1234　5678　9012  **申請書を記入される方の情報をご記入ください。** |  |
| フリガナ | | | ムサシノ　ハナコ | 生年月日 | | **S１２**年**１２**月**１２**日 |  |
| 氏名 | | | 武蔵野　花子 |
| 住所 | | | 〒  　　　　　　　　　　　　電話番号　　**XX－○○○○** | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | 再交付する証明書 | | | １　資格確認書  　２　資格情報のお知らせ  　３　特定疾病療養受療証  　４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |  |
| 申請理由 | | | １　破損・汚損　　２　紛失　　３　盗難　　４　その他（　　　　　　　　） | | | | |
| **被保険者の情報をご記入ください。** | | | | | | | | | |

【処理欄】

**以下はご記入不要です**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付 |  | 発行 |  | 確認 |  | 窓口渡  郵送 | ／ |

収受印

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 確認書類 | | | | |
| 身元確認 | 本人  ・  代理人 | ① | 個人番号カード・運転免許証・旅券・障害者手帳・運転経歴証明書  在留カード・その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | 代理人へ窓口交付する場合  ①に限る |
| ② | 資格確認書・介護保険証・健康保険証・減額証・限度額証・特定疾病受療証・年金手帳・その他（　　　　　　　　　　） |
| 個人番号確認 | | 個人番号カード・通知カード・住民票（個人番号記載）  住民票記載事項証明書（個人番号記載） | |
| 代理権確認 | | 委任状・登記事項証明書・その他（　　　　　　　　　　　） | |

（用紙規格　Ａ４）