第４号様式

# 後期高齢者医療資格確認書等再交付申請書

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 被保険者番号 | | | 個人番号 | |
| 被保険者本人 | フリガナ | | 生年月日 | |
| | 氏　名 | | | |
| | 住　所 | | | |
| 申請内容 | 申請する証の種類及び申請理由<br>□資格確認書<br>□紛失　□破損・汚損　□その他（　　）<br>□資格情報のお知らせ<br>□紛失　□破損・汚損　□その他（　　）<br>□特定疾病療養受療証<br>□紛失　□破損・汚損　□その他（　　） | | | |

神奈川県後期高齢者医療広域連合長

（申請日）

上記のとおり申請いたします。　　年　　月　　日

（届出人）　氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　本人との関係＿＿＿＿＿＿＿＿

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　連絡先電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿

| | | |
|---|---|---|
| 受付 | 申請者 | □本人　□同世帯員（住基確認）　□後見人（登記事項証明等確認）　□別世帯員等（代理権、続柄確認） |
| | 本人確認 | □運転免許証　□旅券　□写真付個人番号カード　□その他顔写真付証明書（　　） |
| | | □介護保険証　□資格確認書　□その他公的証明証（　　） |
| | | □有効期限OK |
| 証交付 | | **□窓口交付**⇒本人、同世帯員、後見人　**□郵送交付**（発送日　／　、受療証交付　有 ・ 無） |

| | |
|---|---|
| | 収受印 |