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 □資格確認書 □紛失　□破損・汚損　□その他（　　） □資格情報のお知らせ □紛失　□破損・汚損　□その他（　　） □特定疾病療養受療証 □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　□年金手帳　□その他公的証明証（　　）
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