第４号様式

後期高齢者医療資格確認書等再交付申請書

記入例

被保険者番号		○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	個人番号	1111　2222　3333
被保険者本人	フリガナ	ヒラツカ　タロウ	生年月日	昭和 15 年 1 月 1 日
	氏　名	平塚　太郎		
	住　所	平塚市浅間町９番１号		

被保険者本人についてご記入ください
（個人番号〈マイナンバー〉がご不明な場合は空欄のまま送ってください）

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

☐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（

届出人についてご記入ください

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　平塚太郎　　本人との関係　本人

住　所　平塚市浅間町９番１号　　連絡先電話番号　０４６３－２３－１１１１

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　☐その他公的証明書（　　）

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　)

受　付	担当者確認

収受印