

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	明・大・昭		
	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	☐ 年金手帳または基礎年金番号通知書	☐ 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