

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	大 ・ 昭
	氏 名			年 月 日
	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