

## 後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書

被保険者番号				個人番号	
被 保 険 者 本 人	ふりがな				明・大・昭
	氏 名				生年月日
	住 所				
申請内容	申請する証の種類及び申請理由 □被保険者証等（短期証、資格証） □紛失      □破損・汚損      □その他（                  ）  □限度額適用・標準負担額減額認定証 □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 <p style="text-align: right;">（申請日）                                  年                  月                  日</p> 上記のとおり申請いたします。  （届出人）氏 名                          被保険者との続柄  住 所                          連絡先電話番号					

証交付（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 窓口交付⇒本人確認書類： <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 国保証 <input type="checkbox"/> 介護証 <input type="checkbox"/> その他（                  ）				
					収受印