第４号様式

※被保険者番号、個人番号（マイナンバー）は不明な場合空欄で結構です

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		1	2	3	4	5	6	7	8	個人番号	123456781234		
被保険者本人	フリガナ	サイワイ　イチロウ								生年月日	明・大・(昭) 23 ． 4 ． 1	性別	(男)・女
	氏　名	幸　一郎											
	住　所	川崎市幸区戸手本町1丁目11番地1											

申請内容

申請する証の種類及び申請理由

再交付を希望されるものすべてに〇印をつけてください

☑被保険者証等（短期証、資格証）

☑紛失　□破損・汚損　□その他（　　）

□限度額適用認定証　（１割負担の保険証をお持ちの方）

□紛失　□破損・汚損　□その他（　　）

□限度額適用・標準負担額減額認定証（３割負担の保険証をお持ちの方）

□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。　令和５　年　４　月　１　日

（届出人）　氏　名　幸　幸子　　本人との関係　娘

住　所　中原区小杉３丁目245番地　　連絡先電話番号　044-〇〇〇ー××××

郵送交付の場合、ご本人様の住民票住所（送付先を設定されている場合は送付先住所）にお送りします。

受付	申請者	
	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　□各種健康保険証　□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