

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	
	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） 年 月 日 上記のとおり申請いたします。 （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）				
					収受印