

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		〇〇〇〇〇〇〇〇		個人番号	〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇
被 保 険 者 本 人	フリガナ	カワサキ タロウ		生年月日	昭和〇年〇月〇日
	氏 名	川崎 太郎			
	住 所	川崎市〇〇区〇〇 〇丁目〇番〇号			
申請内容		<div>申請する証の種類及び申請理由</div> <div><input checked="" type="checkbox"/>資格確認書</div> <div><input checked="" type="checkbox"/>紛失 <input type="checkbox"/>破損・汚損 <input type="checkbox"/>その他（ ）</div> <div><input type="checkbox"/>資格情報のお知らせ</div> <div><input type="checkbox"/>紛失 <input type="checkbox"/>破損・汚損 <input type="checkbox"/>その他（ ）</div> <div><input type="checkbox"/>特定疾病療養受療証</div> <div><input type="checkbox"/>紛失 <input type="checkbox"/>破損・汚損 <input type="checkbox"/>その他（ ）</div>			
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。					
(届出人)		氏 名	川崎 太郎	本人との関係	本人
住 所		川崎市〇〇区〇〇 〇丁目〇番〇号		連絡先電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

赤字箇所を記入してください。
個人番号（マイナンバー）欄は、不明の場合は空欄で構いません。

記入後、必要書類をご用意の上、窓口または郵送で申請してください。
御本人様が「本人を確認するための書類」をお持ちの上で、窓口にお越しいただいた場合は、窓口で交付いたします。
お持ちいただいた書類が不十分な場合や、窓口にお越しいただいた方が代理人様の場合、また郵送申請の場合は、資格確認書を簡易書留でお送りいたします。1週間から2週間ほどかかりますので、ご了承ください。