

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		<p>申請する証の種類及び申請理由</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>資格確認書</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>紛失 <input type="checkbox"/>破損・汚損 <input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p><input type="checkbox"/>資格情報のお知らせ</p> <p><input type="checkbox"/>紛失 <input type="checkbox"/>破損・汚損 <input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p><input type="checkbox"/>特定疾病療養受療証</p> <p><input type="checkbox"/>紛失 <input type="checkbox"/>破損・汚損 <input type="checkbox"/>その他 ()</p>		
<p>神奈川県後期高齢者医療広域連合長 (申請日)</p> <p>上記のとおり申請いたします。 令和〇年 〇月 〇日</p> <p>(届出人) 氏名 <u>川崎 太郎</u> 本人との関係 <u>本人</u></p> <p>住所 <u>川崎市〇〇区〇〇 〇丁目〇番〇号</u> 連絡先電話番号 <u>〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇</u></p>				

受 証	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。	