第４号様式

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	フリガナ									生年月日	明・大・昭 ・　・	性別	男・女
	氏　名												
	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

（申請日）

上記のとおり申請いたします。　　年　　月　　日

（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	□各種健康保険証	□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
受付	担当者確認		