

被保険者の方について
ご記入ください

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		9	8	7	6	5	4	3	個人番号	1111 2222 3333		
被保険者本人	フリガナ	ヒラツカ タロウ							生年月日	明・大・昭 15・1・2	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女
	氏名	平塚 太郎										
	住所	平塚市浅間町9番1号										

申請内容	申請する証の種類及び申請理由	再発行する証の種類と申請理由 にチェックしてください
	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・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	記載されている方についてご記入ください
(申請日)	
上記のとおり申請いたします。	年 月 日
(届出人) 氏名 平塚 太郎	本人との関係 本人
住所 平塚市浅間町9番1号	連絡先電話番号 0463-23-1111

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）	
					收受印
受付	担当者確認				