第４号様式

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	ヨコハマ　タロウ	生年月日	昭和○年○月○日
	氏　名	横浜　太郎		
	住　所	横浜市中区本町６－○○－○○		
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）

上記のとおり申請いたします。　令和○年　○　月　○　日

（届出人）　氏　名　横浜　太郎　本人との関係　本人

住　所　横浜市中区本町６－○○－○○　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　□その他公的証明証（　　）
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