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（　　） ☐限度額適用認定証 ☐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

第４号様式

後期高齢者医療被保険者証等再交付申請書

記載例

被保険者番号		0	0	0	0	0	0	0	0	個人番号	0000　0000　0000		
被保険者本人	フリガナ	ハダノ　タロウ								生年月日	明・大・(昭) 10　・1・1	性別	(男)・女
	氏　名	秦野　太郎											
	住　所	秦野市桜町1丁目３番２号											
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（　　） □限度額適用認定証 □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（　　）												

被保険者の方の情報をご記入ください
※個人番号（マイナンバー）が不明の方は記入不要です

該当の項目に☑をご記入ください

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　３　年　４　月　１　日

（届出人）　氏　名　秦野　花子　　本人との関係　妻

住　所　秦野市桜町1丁目３番２号　　連絡先電話番号　0463-82-5491

申請書を記入された方の情報をご記入ください

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
	本人確認	□運転免許証　□旅券　□写真付個人番号カード　□その他
		□介護保険証　□各種健康保険証　□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