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		1 2 3 4 5 6 7 8	個人番号	
被保険者本人	フリガナ	チガサキ　タロウ	生年月日	明・大・昭
	氏　名	茅ヶ崎　太郎		11年　1月　1日
	住　所	茅ヶ崎市茅ヶ崎1-1-1		
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。　R6年　12月　2日

（届出人）　氏　名　茅ヶ崎　太郎　本人との関係　本人

住　所　茅ヶ崎市茅ヶ崎1-1-1　連絡先電話番号　0467-82-1111

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　□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