

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	三浦郡葉山町						
申請内容	申請する証の種類及び申請理由 <input type="checkbox"/> 被保険者証等（短期証、資格証） <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損・汚損 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損・汚損 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損・汚損 <input type="checkbox"/> その他（ ）							
神奈川県後期高齢者医療広域連合長 上記のとおり申請いたします。					(申請日)	令和 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	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同世帯員(住基確認) <input type="checkbox"/> 後見人(登記事項証明等確認) <input type="checkbox"/> 別世帯員等(代理権、続柄確認)							
	本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 写真付個人番号カード <input type="checkbox"/> その他顔写真付証明書 () <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 各種健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他公的証明書 ()							
証交付		<input type="checkbox"/> 窓口交付⇒本人,同世帯員,後見人 <input type="checkbox"/> 郵送交付(発送日 / ,受療証交付 有・無)							
							收受印		