

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		
フリガナ						生年月日	明・大・昭	性別
氏名								男・女
住所								
被保険者本人								
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"/> 限度額適用認定証 <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 (申請日) _____ 年 ____ 月 ____ 日 上記のとおり申請いたします。 (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)	<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 ( )
	本人確認	<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 (送付日 / , 受療証交付 有・無)		収受印 _____