

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<br>保<br>険<br>者<br>本<br>人   | フリガナ   |  |  |  |  |  |  | 生年月日 | 明・大・昭 | 性<br>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<br>被保険者証等（短期証、資格証）<br>紛失                  破損・汚損                  その他（                  ）<br>限度額適用認定証<br>紛失                  破損・汚損                  その他（                  ）<br>限度額適用・標準負担額減額認定証<br>紛失                  破損・汚損                  その他（                  ）<br>特定疾病療養受療証<br>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<br>（申請日）<br>上記のとおり申請いたします。                  年                  月                  日<br>（届出人）氏名                  本人との関係<br>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） |            |                |                                |     |
| 代理人氏名                   |                         |   | 被保険者本人との続柄 |                |                                | 収受印 |
| 番号確認                    |                         |   | 受付担当者名     |                |                                |     |
| 番号カード                   | 通知カード                   | オンライン   | 職員補記       |                |                                |     |
| その他（                  ） |                         |   |            |                |                                |     |
| 代理権確認                   |                         |   |            |                |                                |     |
| 委任状                     | その他（                  ） |   |            |                |                                |     |

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                                   |   | 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  | サガミ イチロウ             |       |       |   |        |        |   | 生年月日 | 明・大・昭    | 性別   | 男・女  |      |
|  | 氏名  | 相模 一郎                |       |       |   |        |        |   |      | 10・10・25 |      |      |      |
|  | 住所  | 相模原市中央区中央2 - 11 - 15 |       |       |   |        |        |   |      |          |      |      |      |
| 申請内容                                     | 申請する証の種類及び申請理由                                      |                      |       |       |   |        |        |   |      |          |      |      |      |
|  | <input checked="" type="checkbox"/> 被保険者証等（短期証、資格証） |                      |       |       |   |        |        |   |      |          |      |      |      |
|  | <input checked="" type="checkbox"/> 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（ ） |   |      |          |      |      |      |
| 申請内容                                     | 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。 令和 元年 5月 7日               |   |                      |       |       |   |        |        |   |      |          |      |      |      |
| （届出人）氏名 相模 花子 本人との関係 妻                   |   |                      |       |       |   |        |        |   |      |          |      |      |      |
| 住所 相模原市中央区中央2-11-15 連絡先電話番号 042-769-8231 |   |                      |       |       |   |        |        |   |      |          |      |      |      |

被保険者の氏名・生年月日・性別・住所をご記入ください

該当の項目に☑をご記入ください

申請日は西暦でのご記入も可能です

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） |
| 代理人氏名 |       |             |            | 被保険者本人との続柄     |                         |
| 番号確認  |       |             |            | 受付担当者名         |                         |
| 番号カード | 通知カード | オンライン       | 職員補記       |                |                         |
| 委任状   |       |             |            | その他（ ）         |                         |

収受印