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・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＿＿＿＿＿＿＿＿

委任状	私は、次の者に被保険者証等の再交付申請の権限を委任します。 受任者　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　委任者（被保険者） 氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

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　☐その他公的証明書（　　）

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