第４号様式

記載例　※赤字部分が実際に記載していただく箇所です。

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	ヨコハマ　ハナコ								生年月日	明・大・昭 20・6・2	性別	男・女
	氏　名	横浜　花子											
	住　所	横浜市中区本町６丁目50番地の10											

被保険者の氏名・生年月日・性別・住所をご記入ください。

申請内容

申請する証の種類及び申請理由

該当の項目に☑をご記入ください。

☑被保険者証等（短期証、資格証）

☑紛失　□破損・汚損　□その他（　　）

□限度額適用認定証

□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

申請書を記入された方の情報をご記入ください。

申請日）

上記のとおり申請いたします。　令和　３年　２月　１日

（届出人）　氏　名　横浜　太郎　　本人との関係　夫

住　所　横浜市中区本町６丁目50番地の10　　連絡先電話番号　045-XXX-XXXX

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	） ）
証交付	□窓	

記載不要です。