

様式第4号の3（第4条の2、第4条の3関係）

後期高齢者医療資格確認書等（交付・再交付・再通知）申請書

届出者氏名		本人との関係	
届出者住所	電話番号		

被 保 険 者 番 号	
フ リ ガ ナ	
氏 名	男・女
マ イ ナ ン バ ー 号 個 人 番 号	
生 年 月 日	
住 所	
交付申請をする書面	☐ 資格に係る事実を記載した書面
再 交 付 ・ 再 通 知 申 請 を す る 証 等	☐ 資格確認書 ☐ 資格情報のお知らせ ☐ 特定疾病療養受療証 ☐ その他（ ）
申 請 事 由	☐ 破 損 ☐ 汚 損 ☐ 亡 失 ☐ その他 ()

静岡県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、（交付・再交付・再通知）申請いたします。

年 月 日