

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	この申請をされる方	本人との関係	この申請をされる方と被保険者の方の関係
届出者住所	この申請をされる方の住所	電話番号	この申請をされる方の電話番号

被 保 険 者 番 号	●●●●●●●● 8桁の被保険者番号を記入 わからなければ、空欄で結構です。
フリガナ	資格確認書などを再交付したい被保険者の方の氏名のフリガナ
氏 名	資格確認書などを再交付したい被保険者の方の氏名 いずれかに○を付ける 男 女
マイナ番号	00000000000000 12桁のマイナンバーを記入 わからなければ、空欄で結構です。
生 年 月 日	資格確認書などを再交付したい被保険者の方の生年月日
住 所	資格確認書などを再交付したい被保険者の方の住所
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（ ） ←いずれかに✓を記入
申請事由	☐ 破 損 ☐ 汚 損 ☐ 亡 失 ☐ その他（ ） ←該当する理由に✓を記入

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

記入日