

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											
生 年 月 日	年			月			日				
住 所											
交付申請をする書面	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 資格確認書			<input type="checkbox"/> 資格情報のお知らせ							
	<input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証										
	<input type="checkbox"/> その他（ ）										
申 請 事 由	<input type="checkbox"/> 破 損			<input type="checkbox"/> 汚 損							
	<input type="checkbox"/> 亡 失			<input type="checkbox"/> その他（ ）							

（宛先）静岡県後期高齢者医療広域連合長

上記のとおり、（交付・再交付・再通知）申請いたします。

年 月 日