

記入例

第4条の2、第4条の3関係)

手続きに来る方のお名前、住所、ご本人様との続柄、電話番号をご記入ください。

後期高齢者医療資格確認書等（交

届出者氏名	保険 太郎	本人との関係	子
届出者住所	富士宮市弓沢町150	電話番号	0544-22-1482

被保険者番号	01234567
フリガナ	ホケン ハナコ
氏名	保険 花子
マイナンバー	● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ● ●
生年月日	昭和10年 4月 1日
住所	富士宮市弓沢町150
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 ()

被保険者ご本人様の被保険者番号、お名前、個人番号、生年月日、ご住所をご記入ください。

再交付申請をする証のすべてにレ点をご記入ください。

再交付申請をする理由をお選びいただき、レ点をご記入ください。

(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

※ 手続きに来庁される時は、手続きする方の本人確認ができるもの（免許証等の顔写真があるもの）をお持ちください。

※ 同世帯の親族または血縁のご家族様（二親等内）以外の方がお手続きする場合は、委任状が必要となります。