様式第４号の２（第４条の２関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |
| 生年月日 | | 年　　　　　　月　　　　　　日 | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 再交付申請  をする証等 | | □　資格確認書　　　　　　　　　　　　□　資格情報のお知らせ  　□　限度額適用・標準負担額減額認定証　□　特定疾病療養受療証  □　限度額適用認定証 | | | | | | | | | | | | | |
| 申請事由 | | □　破　　損　　　　　　　　　　　　　□　汚　損  　□　亡　　失　　　　　　　　　　　　　□　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、再交付申請いたします。  　　　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |

後期高齢者医療資格確認書等再交付申請書