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