様式第１号（第２条－第４条関係）

後期高齢者医療障害認定申請書及び資格取得（変更

記入例

届出者	氏　名	後期　太郎	本人との関係	夫
	住　所	富山市婦中町速星７５４番地	連絡先電話番号	111-9999

	新　規（変更・喪失）			変更前
個人番号				
（フリガナ） 氏名	コウキ ハナコ 後期 花子	性別	□ 男 ☑ 女	
生年月日	昭和　２８　年　１２　月　１　日			
住所	富山市婦中町速星７５４番地			
申請区分	☑ 新規　□ 転入　□ その他			
申請事由	□ 年齢到達日　☑ 申請日　□ 転入日 □ その他　（令和〇〇年××月□□日）			
所有手帳又は証書種類	① 身体障害者手帳 ☑１級　□２級　□３級 □４級　（□音声機能又は言語機能 下肢 □１号　□３号　□４号） ② 療育手帳　③ 国民年金等障害年金証書 □A　□１級　□２級 ④ 精神障害者保健福祉手帳 □１級　□２級 ⑤ その他（　　）			

富山県後期高齢者医療広域連合長　様

被保険者ご本人の氏名を記入してください。（代筆可）

上記のとおり関係書類を添えて

令和〇〇年××月□□日

申請者　氏名　後期　花子

※以下の欄は記入しないでください。　（新規取得用）

被保険者番号		資格取得（変更・喪失年月日）	令和　年　月　日
申請時の加入先医療保険	□ 国民健康保険（国民健康保険組合含む） □ 社 □ 社 （証		（保険者番号）
処理欄	□ 前医療保険喪失説明　□ 保険料説明　□ 有期認定説明 □ 特定疾病確認　□ 標準システム入力　□ 本人確認（即時発行の場合）		
備考			

記入不要