

後期高齢者医療障害認定申請書及び資格取得(変更・喪失)届書

届出者	氏名	後期 太郎	本人との関係	夫
	住所	富山市新桜町7番38号	連絡先電話番号	111-9999

	新規 <input checked="" type="checkbox"/> 変更 ・ <input type="checkbox"/> 喪失			変更前
個人番号				
(フリガナ)	コウキ ハナコ		性別	<input type="checkbox"/> 男
氏名	後期 花子			<input checked="" type="checkbox"/> 女
生年月日	昭和 28 年 12 月 1 日			
住所	富山市新桜町7番38号			
申請区分	<input type="checkbox"/> 取消申請 <input type="checkbox"/> 障害撤回 <input type="checkbox"/> その他喪失 () <input checked="" type="checkbox"/> その他変更等 (障害の変更)			
申請事由	<input type="checkbox"/> 取消 <input type="checkbox"/> 障害撤回 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (令和〇〇年××月△△日)			
所有手帳又は証書類	① 身体障害者手帳 <input checked="" type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 (<input type="checkbox"/> 音声機能又は言語機能) (下肢 <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 3号 <input type="checkbox"/> 4号) ② 療育手帳 <input type="checkbox"/> A ③ 国民年金等障害年金証書 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 ④ 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 ⑤ その他 ()			精神障害者 保健福祉手帳 2級

富山県後期高齢者医療広域連合長 様
上記のとおり関係書類を添えて(申請
令和〇〇年××月〇〇日

被保険者ご本人の氏名を記入してください。(代筆可)

申請者 氏名 後期 花子

※以下の欄は記入しないでください。(変更・喪失用)

被保険者番号	資格取得(変更・喪失)年月日	令和 年 月 日
喪失後の加入医療保険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険(国民健康保険組合含む) <input type="checkbox"/> 被 <input type="checkbox"/> 後 (証の 組合、共済組合等) 入済確認(添付) (保険者番号)	
処 理 欄	(喪失の場合) 証回収 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 限度額適用・標準負担額減額認定証	
備 考		

記入不要