

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 type="checkbox"/> 変更 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 喪失）			変更前
個人番号				
氏名 (フリガナ)	コウキ ハナコ		性別	<input type="checkbox"/> 男
	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 checked="" type="checkbox"/> その他喪失（手帳返還） <input type="checkbox"/> その他変更等（ ）			
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）			
所有手帳又は証書種類	① 身体障害者手帳 <input 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 <input type="checkbox"/> 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（ ）			

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