

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		本人との関係	
	住所		連絡先電話番号	

	新規（変更・喪失）			変更前
個人番号				
氏名 (フリガナ)			性別 □男 □女	
生年月日	年 月 日			
住所				
申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> その他			
申請事由	<input type="checkbox"/> 年齢到達日 <input type="checkbox"/> 申請日 <input type="checkbox"/> 転入日 <input type="checkbox"/> その他 (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) (下肢 <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 3号 <input type="checkbox"/> 4号) ② 療育手帳 ③ 国民年金等障害年金証書 <input type="checkbox"/> A <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・届出）します。 年 月 日 申請者 氏名				

※以下の欄は記入しないでください。

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	<input type="checkbox"/> 国民健康保険（国民健康保険組合含む）								
	<input type="checkbox"/> 被用者保険本人（政府管掌、健保組合、共済組合等）								
	<input type="checkbox"/> 被用者保険扶養（政府管掌、健保組合、共済組合等） （証の記号番号） （被保険者名） （保険者名） （保険者番号）								
処 理 欄	<input type="checkbox"/> 前医療保険喪失説明 <input type="checkbox"/> 保険料説明 <input type="checkbox"/> 有期認定説明 <input type="checkbox"/> 特定疾病確認 <input type="checkbox"/> 標準システム入力 <input type="checkbox"/> 本人確認（即時発行の場合）								
備 考									