

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		
（フリガナ） 氏名	性別	□男
		□女
生年月日	年月日	
住所		
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 (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 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	□国民健康保険（国民健康保険組合含む） □被用者保険本人（政府管掌、健保組合、共済組合等） □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	□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			