

## 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・喪失）届書

|     |     |  |         |  |
|-----|-----|--|---------|--|
| 届出者 | 氏 名 |  | 本人との関係  |  |
|     | 住 所 |  | 連絡先電話番号 |  |

[illegible]

※マイナンバーカードは、有効期限内かつ電子証明書（5年ごとに更新が必要）が有効であるものに限り、有効です。

※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） | 年 | 月 | 日 |
| 申請時の<br>加入先医療保険<br>又は<br>喪失後の<br>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<br><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 |  |  |  |  |  |  |                |   |   |   |
|                                         | 備考                                                                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  |                |   |   |   |