

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

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

	新規（変更・喪失）	変更前
フリガナ		
氏名		性別
個人番号		
生年月日		
住所		
申請（届出）事由	<input checked="" type="checkbox"/> 障害認定 <input type="checkbox"/> 障害認定不該当 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
マイナンバーカード（※）の健康保険証利用登録の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
所有手帳又は証書種類	次の書類のとおり <input type="checkbox"/> 国民年金証書（ ） <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（ ） <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 他広域連合発行の障害認定証明書 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
岩手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）いたします。  年 月 日		

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

【被保険者番号：                   】  
 【有期認定：                       】  
 【加入日：                         】

**記入例**

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

届出者名	<b>久慈市 甲男</b>	本人との関係	<b>本人</b>
届出者住所	<b>久慈市川崎町1-1</b>	連絡先電話番号	<b>0194-52-2118</b>

		<del>新規</del> （ <del>変更</del> 喪失）											変更前					
フリガナ		<b>クジシ コウオ</b>																
氏名		<b>久慈市 甲男</b>											性別	<b>男</b>				
個人番号		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>					
生年月日		<b>昭和25年 12月 19日</b>																
住所		<b>久慈市川崎町1-1</b>																
世帯主	フリガナ	<b>クジシ コウオ</b>																
	氏名	<b>久慈市 甲男</b>																
	生年月日	<b>昭和25年 12月 19日</b>																
申請(届出)事由		<input checked="" type="checkbox"/> 障害認定 <input type="checkbox"/> 障害認定不該当 <input type="checkbox"/> その他（ ）																
障害の状況		次の書類のとおり <input type="checkbox"/> 国民年金証書（ ） <input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳（ <b>1級</b> ） <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 他広域連合発行の障害認定証明書 <input type="checkbox"/> その他（ ）																

岩手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）いたします。

年 月 日