

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	男・女	
個人番号		
生年月日	大正・昭和 年 月 日	
住所		
申請区分	新規・継続・転入・その他	
申請事由	<input type="checkbox"/> 新規に障害認定されたため <input type="checkbox"/> 障害認定が継続されたため <input type="checkbox"/> 転入前に障害認定されたため <input type="checkbox"/> 法第55条第1項又は第2項各号の適用 <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	
所持手帳又は証書種類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (級) <input type="checkbox"/> 国民年金証書 (級) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 () <input type="checkbox"/> その他 ()	

山口県後期高齢者医療広域連合長 殿

上記のとおり、関係書類を添えて（申請・届出）いたします。

令和 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