

後期高齢者医療障害認定申請及び資格取得(変更・喪失)届出書

窓口にみえた方の氏名		被保険者との関係	
住 所		連絡先電話番号	

申請(届出)事由	1. 取得 <input type="checkbox"/> 障害認定申請 2. 喪失 <input type="checkbox"/> 障害認定申請の撤回 <input type="checkbox"/> 障がい状態の不該当 3. 変更 <input type="checkbox"/> 障がい状態の変更		
----------	---	--	--

異動年月日	年 月 日	被保険者番号							
		※取得の場合は記載不要							

被 保 険 者	(フリガナ) 氏 名							性別	男・女
	個人番号								
	生年月日	明治・大正・昭和						年 月 日	
	住 所	〒							

障がいの状況	次の書類のとおり <input type="checkbox"/> 国民年金証書 (1級・2級) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (1級・2級・3級・4級音声又は言語機能・4級下肢障害) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (1級・2級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 (A1・A2) <input type="checkbox"/> 転入前の広域連合の障害認定証明書 <input type="checkbox"/> 診断書		
※取得変更の場合はいずれかを添付してください。			

世帯の状況 ※取得の場合に記載	(フリガナ) 世帯主の氏 名			男・女	世帯主との続柄	
	世帯員の被保険者の有無	有・無	※有の場合は当該者の被保険者番号			
	上記以外の70歳以上の世帯員の有無	有・無	※有の場合は当該者の氏 名			

従前の加入保険の状況 ※取得の場合	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 (国民健康保険組合)	被用者保険 (<input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 被扶養者)
※申出書または証明書が必要		

証明書の交付申請 ※喪失の場合	<input type="checkbox"/> 資格喪失証明書の交付を申請します。
--------------------	--

(あて先) 三重県後期高齢者医療広域連合長

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 印
(被保険者又は世帯主)

※申請者本人自署の場合は押印は不要です。

【窓口で受け取った場合※後日郵送の場合は記入不要です。】

上記の申請・届出に基づき被保険者証を受領しました。

年 月 日 受領した者の署名

市 町 確 認 欄								
受付者	本人確認	個人番号確認	入力者	交 付	証回収	減額証	特定疾病	その他特記事項
	運転免許証・個人番号カード 住基カード・障害者手帳 保険証・介護保険証 その他 ()	個人番号カード 通知カード その他 ()	月 日	窓口 郵送 月 日	回収 月 日 入力 月 日	回収 月 日 入力 月 日	回収 月 日 入力 月 日	

