

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

窓口にもえた方の氏名		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					
	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				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

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	

