

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

窓口にあてた方の氏名		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 ☐ 障害認定申請 2. 喪失 ☐ 障害認定申請の撤回 ☐ 障がい状態の不該当 3. 変更 ☐ 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	年 月 日											
	住 所	〒											
障がいの 状 況 ※取得変更の場合は いずれかを添付して ください。		次の書類のとおり ☐ 国民年金証書 （ 1 級 ・ 2 級 ） ☐ 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 ） ☐ 精神障害者保健福祉手帳 （ 1 級 ・ 2 級 ） ☐ 療育手帳 （ A 1 ・ A 2 ） ☐ 転入前の広域連合の障害認定証明書 ☐ 診断書											
世帯の状況 ※取得の場合に記載		(フリガナ)								世帯主との 続 柄			
		世帯主の 氏 名											
		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		☐ 国民健康保険 (国民健康保険組合)		被用者保険（ ☐ 被保険者本人 ☐ 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		☐ 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 資格確認書・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	

