

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	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人
届出者住所	<input type="checkbox"/> 被保険者と同じ	連絡先電話番号	

	新規（変更・喪失）	変更前
フリガナ		男・女
氏名		
被保険者番号		
個人番号		
生年月日	明治・大正・昭和・（西暦） 年 月 日	
住所	〒	
申請区分	新規・継続・転入・その他（ ）	
申請事由		
所有手帳又は証書種類	身体障害者手帳（ 1級・2級・3級・4級 ） 療育手帳（ A1・A2 ） 精神障害手帳（ 1級・2級 ） 国民年金証書（ 1級・2級 ） その他 []	
認定（撤回）希望日	年 月 日	認定の場合：希望日＝資格取得日 撤回の場合：希望日＝資格喪失日の前日
兵庫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		

----- 以下市（区）町記入欄 -----

資格取得・喪失年月日	年 月 日	証 処 理	交付：窓口・郵送（ / ）
受付者	保険料精算 通称名希望		回収： 済・未（ / ）
	未・済 有・無		<本人確認>書類名：免(経)・マイ・パ・障・保・介・
備考			その他（ ）