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 | □被保険者と同じ | 本人との関係 | 　□本人 |
| 届出者住所 | □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　　　日申請者　　（被保険者）氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 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：　　　　　　番号 |
| 備　　　考 |  |