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 | |  | | | | | | |  |
| 氏　　　　　名 | |  | | | | | | 男・女 |  |
| 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 | |  | | | | | | |  |
|  | | | | | | |  |
| マイナンバーカード  （※）の健康保険証  利用登録の有無 | | □ 有　　　　　　 　　□ 無 | | | | | | |  |
| 上記で □無 に  ☑チェックをいれた方 | | 資格確認書任意記載事項 □ 有（限度区分・特定疾病）　　□ 無 | | | | | | |  |
| 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 | | 令和・（西暦）　　　　　　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 | | | | | | | | | |
| ※マイナンバーカードは、有効期限内かつ電子証明書（５年毎に更新が必要）が有効であるものに限ります。  以下、市（区）町記入欄 | | | | | | | | | |
| 資格取得・喪失年月日 | | | 年　　月　　日 | | 処　理　欄 | 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・介・  資格確認書・その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 備　　　考 |  | | | |