

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		
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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
上記で <input type="checkbox"/> 無に <input checked="" type="checkbox"/> チェックをいれた方	資格確認書任意記載事項 <input type="checkbox"/> 有(限度区分・特定疾病) <input type="checkbox"/> 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
<p>兵庫県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて(申請・届出)いたします。</p> <p>年 月 日</p>		

※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

----- 以下、市(区)町記入 -----

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・
備考			資格確認書・その他()