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	氏　名		本人との関係	
	住　所		連絡先電話番号	

	新　規（変更・喪失）			変更前
個人番号				
（フリガナ） 氏　名		性別	□ 男 □ 女	
生年月日	昭和　　年　　月　　日			
住　所				
申請区分	□ 新規　□ 転入　□ その他			
申請事由	□ 年齢到達日　□ 申請日　□ 転入日 □ その他　（平成　　年　　月　　日）			
所有手帳又は証書種類	① 身体障害者手帳 □１級　□２級　□３級 □４級（□音声機能又は言語機能 下肢 □１号　□３号　□４号） ② 療育手帳　③ 国民年金等障害年金証書 □A　□１級　□２級 ④ 精神障害者保健福祉手帳 □１級　□２級 ⑤ その他（　　）			

富山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）します。

平成　　年　　月　　日

申請者　　氏名　　㊞

※以下の欄は記入しないでください。

被保険者番号			資格取得（変更・喪失年月日）	平成　　年　　月　　日
申請時の加入先医療保険	□ 国民健康保険（国民健康保険組合含む）			
	□ 被用者保険本人（政府管掌、健保組合、共済組合等）			
	□ 被用者保険扶養（政府管掌、健保組合、共済組合等） （証の記号番号）	（被保険者名）	（保険者名）	（保険者番号）
処理欄	□ 前医療保険喪失説明　□ 保険料説明　□ 有期認定説明 □ 特定疾病確認　□ 標準システム入力　□ 本人確認（即時発行の場合）			
備考				