## 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

|                           | 氏   | 名  | 本人との関係                                    |
|---------------------------|-----|----|---|
| 届出者                       | 住   | 所  | 連絡先電話番号                                   |
|                           |     |    |   |
|                           |     |    | 新規(□ 変更 ・ □ 喪失) 変更前                       |
| 個人                        | 番   | 号  | 7,17,2 (1                                 |
| (フリ                       |     | -  | и. — —                                    |
| 氏                         |     | 名  | 性   |
|                           |     |    | 別 口 女                                     |
| 生 年                       | 月   | 日  | 昭和 年 月 日                                  |
| 住                         |     | 所  |   |
| 申請                        | 区   | 分  | □ 取消申請 □ 障害撤回 □ その他喪失 ( )                 |
|                           |     |    | □ その他変更等( )                               |
| 申請                        | 事   | 由  | □ 取消 □ 障害撤回 □ その他(平成 年 月 日)               |
|                           |     |    | 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                         |
| 所有手                       | 手帳又 | には | 下肢 □1号 □3号 □4号                            |
| 証書                        | 種   | 類  | ② 療育手帳 □ A                                |
|                           |     |    | ③ 国民年金等障害年金証書 □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  | Ì  | 年 月 日                                     |
|                           |     |    |   |
|                           |     |    | 申請者  氏名                                   |
| ※以下                       | の欄に | 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                   |
|                           |     | I  | □ 国民健康保険(国民健康保険組合含む)                      |
| 喪失後                       |     |    | □ 被用者保険本人 □ 被用者保険扶養(政府管掌、健保組合、共済組合等)      |
|                           |     |    | □ 後期高齢者医療資格喪失証明要 □ 被用者保険等加入済確認(添付)        |
| 医療                        | 保保  |    | 策   (証の記号番号)   (被保険者名)   (保険者名)   (保険者番号) |
|                           |     |    |   |
|                           |     |    |   |
| 処                         | 理   | 欄  | (喪失の場合)証回収 □ 被保険者証 □限度額適用・標準負担額減額認定証      |