

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		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
被保険者番号			
フリガナ			
氏名			
個人番号			
生年月日	明・大・昭	年 月 日	
住所			
適用年月日	年 月 日		
申請区分			
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		
所有手帳又は 証 書 書 類			
東京都後期高齢者医療広域連合長宛			
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です。

【処理欄】

確認書類	身元	本人・代理人	① 個人番号カード・運転免許証・旅券・障害者手帳・運転経歴証明書・在留カード その他（ ）
			② 介護保険証・資格確認書・健康保険証・減額証・限度額証・特定疾病受療証・年金手帳・ その他（ ）
	個人番号		個人番号カード・通知カード・住民票（個人番号記載）・住民票記載事項証明書（個人番号記載）
	代理権		委任状・登記事項証明書・その他（ ）

受付		発行		減・限		特		郵送	／	国保 連絡日	／
----	--	----	--	-----	--	---	--	----	---	-----------	---