

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	広域 花子	本人との関係	本人
届出者住所	武蔵野市〇〇町〇-〇-〇	連絡先電話番号	〇〇-〇〇〇〇

	新規（変更・喪失）	変更前
被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8	
フリガナ	コウイキ ハナコ	
氏名	広域 花子	女
個人番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2	
生年月日	明・大・昭 〇年 〇月 〇日	
住所	武蔵野市〇〇町〇-〇-〇	
適用年月日	令和 〇年 〇月 〇日	
申請区分	新規申請	
申請事由	〇〇手帳 〇級〇号のため	
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 checked="" type="checkbox"/> 無	
所有手帳又は 証書書類	〇〇手帳	
<p>東京都後期高齢者医療広域連合長宛</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>令和〇年 〇月 〇日</p> <p>【処理欄】</p>		

※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ます。

【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	/
----	--	----	--	-----	--	---	--	----	---	-----------	---