

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	
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 年 月 日	
住所	市・郡 町・村	
適用年月日	年 月 日	
申請区分	新規・継続・転入・撤回・その他 申請	
申請事由	<input type="checkbox"/> 新規に障害認定されたため <input type="checkbox"/> 障害認定が継続されたため <input type="checkbox"/> 転入前に障害認定されたため <input type="checkbox"/> その他の理由により障害認定されたため ( )	
所有手帳又は証書種類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 国民年金証書等 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2	

秋田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。

年 月 日

申請者（被保険者） 氏名

