

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
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	☐ 新規に障害認定されたため ☐ 障害認定が継続されたため ☐ 転入前に障害認定されたため ☐ 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	☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 国民年金証書等 ☐ その他 ☐ 1級 ☐ 2級 ☐ 3級 ☐ 4級 ☐ A1 ☐ 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