

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

		新規（変更・喪失）		変更前		事由			
被 保 険 者	フリガナ					1 新規 <input type="checkbox"/> 75歳到達 <input type="checkbox"/> 他広域からの転入 <input type="checkbox"/> 障害認定の申請 <input type="checkbox"/> 生活保護廃止 <input type="checkbox"/> その他 () 上記の事由発生年月日 (. .)			
	氏名		性別						
			男・女						
	個人番号			/					
	生年月日	明治・大正 昭和・平成	年	月	日				
	住所								
世帯主との 続柄									
世 帯 主	フリガナ					2 変更 <input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 県内市町転出入 <input type="checkbox"/> 市町内転居 <input type="checkbox"/> その他 () 上記の事由発生年月日 (. .)			
	氏名		性別						
			男・女						
	個人番号			/					
	生年月日	明治・大正 昭和・平成	年	月	日				
住所									
所有手帳又は 証拠種類	身体障害者手帳	1級	2級	3級	4級	3 喪失 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 他広域への転出 <input type="checkbox"/> 障害認定申請の撤回 <input type="checkbox"/> 障害状態不該当 <input type="checkbox"/> 生活保護開始 <input type="checkbox"/> その他 () 上記の事由発生年月日 (. .)			
	療育手帳	A							
	精神障害者 保健福祉手帳	1級	2級						
	国民年金証書	1級	2級						
	障害種別その他								
（宛先）石川県後期高齢者医療広域連合長 上記のとおり関係書類を添えて（申請・届出）します。 令和 年 月 日 申請者 住所 _____ 氏名 _____ 電話 _____									

※市町確認欄

代理権の確認	身元確認（本人又は代理人）		番号確認	備考
<input type="checkbox"/> 本人の被保険者証等 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他 ()	1点	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> プレ印字書類 <input type="checkbox"/> 年金手帳	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> システム <input type="checkbox"/> その他 ()
	2点	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()		