

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

届出者氏名		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	フリガナ		
	氏名		
	個人番号		
	生年月日	年 月 日	
	住所		
事 由	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 ( )
	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 ( )
	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 ( )
	発生年月日	令和 年 月 日	

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 type="checkbox"/> 無 ※有効期限内かつ電子証明書が有効なものに限る				
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
	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

※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"/> 本人の資格確認書等 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> システム（同一世帯確認） <input type="checkbox"/> その他（ ）	1点	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> プレ印字書類 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<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	
<input type="checkbox"/> その他（ ）	2点	<input type="checkbox"/> 資格確認書等 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> その他 ( )	