

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 |
|----------------------------|---|----------------------------|
| 被保険者番号 | | |
| フリガナ | | |
| 氏名 | | 男・女 |
| 個人番号 | | |
| 生年月日 | 大正・昭和 年 月 日 | |
| 住所 | | |
| 申請事由 | <input type="checkbox"/> 障害認定 <input type="checkbox"/> 障害認定撤回 <input type="checkbox"/> 生活保護停止・廃止(年 月 日) <input type="checkbox"/> 生活保護開始(年 月 日) <input type="checkbox"/> その他() | |
| 所有手帳 または証書種類 (写しを添付) | <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳(種 級) <input type="checkbox"/> 療育手帳() <input type="checkbox"/> 精神障害手帳(級) <input type="checkbox"/> 国民年金証書(級) <input type="checkbox"/> 保護廃止開始決定通知書 <input type="checkbox"/> その他() | |
| マイナ保険証 利用登録の有無 | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無 |

宮城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)いたします。

令和 年 月 日