

後期高齢者医療障害【認定・取り下げ】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		
個人番号		
生年月日		
住所		
申請区分	認定・取り下げ・非該当 <small>※該当する申請区分に○をしてください。</small> （資格取得・資格喪失年月日： 年 月 日） <small>※資格取得日は原則申請書を受理した日です。 ※遡及して資格を取得・喪失することは出来ません。</small>	
申請事由	新規申請・継続申請・取り下げ申請・非該当申請 <small>※該当する申請事由に○をしてください。</small>	
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	
所有手帳又は証書種類	国民年金証書（障害1級・2級） 身体障害者手帳（1級・2級・3級・4級の一部） <small>※身体障害者手帳4級については、次のいずれかに該当される方となります。 該当する箇所をチェックしてください。</small> <input type="checkbox"/> 音声又は言語機能に著しい障害を有するもの <input type="checkbox"/> 両下肢のすべての指を欠くもの <input type="checkbox"/> 一下肢の機能に著しい障害を有するもの <input type="checkbox"/> 一下肢を足関節以上で欠くもの 精神障害者保健福祉手帳（1級・2級） 療育手帳（A1・A2） <small>※該当する種類に○をし、コピーを添付してください。</small>	
従前の加入保険	国保・国保組合・協会けんぽ・健保組合・共済・船員・日雇・その他 <small>※該当する保険種別に○をしてください。</small>	
<p align="center">長崎県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p align="center">上記のとおり関係書類を添えて（申請・届出）いたします。</p> <p align="center">年 月 日</p>		

※ マイナンバーカードは、有効期限内かつ電子証明書（5年毎に更新が必要）が有効であるものに限りま。

市町処理欄

被保険者番号		・認定月における限度額の説明	説明者
処	交付：窓口・郵送（ / ）	・有効期限付きとなる場合は、手帳等の更新及び再申請についての説明	
理	回収：済・未（ / ）	有期認定の期限 年 月 日	（説明済みの場合、説明者欄に押印またはサインしてください。）