

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 ※該当する申請区分に○をしてください。 (資格取得・資格喪失年月日: 年 月 日) ※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。	
申請事由	新規申請・継続申請・取り下げ申請・非該当申請 ※該当する申請事由に○をしてください。	
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) ※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。 <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) ※該当する種類に○をし、コピーを添付してください。	
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 ※該当する保険種別に○をしてください。	
長崎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。 年 月 日		

※ 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す。

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
処理	交付:窓口・郵送(/)	有期認定の期限	年 月 日	・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	
	回収:済・未(/)			(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。)	