

後期高齢者医療障害認定申請書及び資格取得（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	

申請区分	新規（変更・喪失）・その他（ ）	備考
フリガナ		
氏名		
生年月日	年 月 日生	
住所	〒	
個人番号		
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	身体障害者手帳（ 1 級・2 級・3 級・4 級 ） 療育手帳（ A1・A2 ） 精神障害手帳（ 1 級・2 級 ） 国民年金証書（ 1 級・2 級 ） その他（ ）	

大分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

申請者 氏名

※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。

後期高齢者医療障害認定申請書及び資格取得（喪失）届書

届出者名	広域 太郎	本人との関係	子
届出者住所	大分市〇〇町〇〇丁目〇-〇	連絡先電話番号	097-●●●●-●●●●

申請区分	新規（変更・喪失）・その他（ ）	備考
フリガナ	コウイキ イチロウ	
氏名	広域 一郎	
生年月日	年 月 日生	
住所	〒870-0000 大分市〇〇町〇〇丁目〇-〇	
個人番号	●●●●●●●●●●●●●●	
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	身体障害者手帳（ 1級・2級・3級・4級 ） 療育手帳（ A1・A2 ） 精神障害手帳（ 1級・2級 ） 国民年金証書（ 1級・2級 ） その他（ ）	

大分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

申請者 氏名 広域 一郎

※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。