

後期高齢者医療 障害(認定・認定撤回)申請書
被保険者資格取得(喪失・変更)届書

| | | | | | | |
|------|----------------------------------|----|--|--|------|--|
| 提出者等 | <input type="checkbox"/> 本人 | 氏名 | | | 電話番号 | |
| | <input type="checkbox"/> 代理人 () | 住所 | | | | |

| | | | |
|-------|--|---|--|
| 異動年月日 | 年 月 日 | 資格得喪年月日 | 年 月 日 |
| 異動事由 | <input type="checkbox"/> 障害認定 <input type="checkbox"/> 広域外転入 <input type="checkbox"/> 75歳到達 <input type="checkbox"/> 適用除外非該当 <input type="checkbox"/> その他取得 () | <input type="checkbox"/> 障害認定撤回 <input type="checkbox"/> 障害不該当 <input type="checkbox"/> 広域外転出 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 適用除外該当 <input type="checkbox"/> その他喪失 () | <input type="checkbox"/> 広域内転入・転出 <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 住所変更 <input type="checkbox"/> 世帯変更(主変・合併・分離) <input type="checkbox"/> その他変更 () |

| | | | | | | |
|-----------|-------------------|-------|----|----|------|-------|
| 申請者(被保険者) | 被保険者番号 | | | | 電話番号 | |
| | 個人番号 | | | | | |
| | フリガナ | | | | 男・女 | 明・大・昭 |
| | 氏名 | | | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 住所 | 〒 | | | | |
| | 旧住所・転出先 | 〒 | | | | |
| | (障害認定のみ) | 被保険者証 | 記号 | 番号 | | |
| 現加入保険 | 被保険者、組合員又は世帯主の氏名 | | | | | |
| | 被保険者、組合員又は世帯主の住所 | | 〒 | | | |
| | 保険者の名称(保険者番号) [] | | | | | |

| | | | | | | |
|-----------|--------------------------|-------|-------|-----|--------|----|
| 同一世帯の被保険者 | 異動者 | フリガナ名 | 生年月日 | 続柄 | 被保険者番号 | 備考 |
| | <input type="checkbox"/> | 男・女 | 明・大・昭 | 世帯主 | | |
| | <input type="checkbox"/> | 男・女 | 明・大・昭 | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 男・女 | 明・大・昭 | | | |

福島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。

年 月 日 (申請・届出)者 氏名 印

※以下の欄は記入しないでください。

| | | | | |
|-------|---|---|---------------|-------|
| 障害の状況 | 決定区分 | 認定・却下・撤回 | 決定年月日 | 年 月 日 |
| | <input type="checkbox"/> 障害年金証書 () 級 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 () 級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 () <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 () 級 【有期認定の場合: 終期年月日 年 月 日】 | | | |
| 処理欄 | 添付書類 | <input type="checkbox"/> 被保険者証(写) <input type="checkbox"/> 負担区分等証明書 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳等の写 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他() | | |
| | 被保険者証等 | 証交付(未・済) 年 月 日 | 回収(未・済) 年 月 日 | |
| | 個人番号の確認 | <input type="checkbox"/> 個人番号カード・通知カード <input type="checkbox"/> その他() | | |
| | 個人番号の本人確認 | <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他() | | |
| | 個人番号の代理権確認 | <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> その他() | | |
| 備考欄 | | | | 入力 確認 |
| | | | | 市町村名 |