

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