

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"/> 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"/> 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
	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及び被保険者	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

※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	