

後期高齢者医療

障害（認定・認定撤回・不該当）申請書
被保険者資格取得（喪失・変更）届書

提出者等	☐ 本人	氏名				電話番号						
	☐ 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	取得	☐ 障害認定 ☐ 広域外転入 ☐ 75歳到達 ☐ 適用除外非該当 ☐ その他取得（ ）			喪失	☐ 障害認定撤回 ☐ 障害不該当 ☐ 広域外転出 ☐ 死亡 ☐ 適用除外該当 ☐ その他喪失（ ）			変更	☐ 広域内転入・転出 ☐ 転居 ☐ 氏名変更 ☐ 住所変更 ☐ 世帯変更（主変・合併・分離） ☐ 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					生年月日	明・大・昭					
	氏名					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）		〔 〕									
同一世帯主及び被保険者	異動者	フリガナ名	生年月日		続柄	被保険者番号	備考					
	☐	明・大・昭	・		世帯主							
	☐	個人番号（ ）	・									
	☐	明・大・昭	・									
	☐	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	
	☐ 障害年金証書（ ）級 ☐ 身体障害者手帳（ ）級 ☐ 療育手帳（ ） ☐ 診断書 ☐ その他 ☐ 精神保健福祉手帳（ ）級 【有期認定の場合：終期年月日 年 月 日】						
	添付書類	☐ 被保険者証（写） ☐ 負担区分等証明書 ☐ 身体障害者手帳等の写 ☐ 委任状 ☐ その他（ ）					
処理欄	被保険者証等	証交付（未・済） 年 月 日 回収（未・済） 年 月 日 電算処理（未・済） 年 月 日					
	個人番号の確認	☐ 個人番号カード・通知カード ☐ その他（ ）					
	個人番号の本人確認	☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ その他（ ）					
	個人番号の代理権確認	☐ 委任状 ☐ 被保険者証 ☐ その他（ ）					
	備考欄						
						入力	確認
						市町村名	