

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	(署名又は記名押印)			

異動年月日	平成 年 月 日	資格得喪年月日	平成 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。

平成 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	平成 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 平成 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)平成 年 月 日 回収(未・済)平成 年 月 日 電算処理(未・済)平成 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