

後期高齢者医療障害【認定・取り下げ】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
フリガナ		
氏名		
個人番号		
生年月日		
住所		
申請区分	認定・取り下げ・非該当 <small>※該当する申請区分に○をしてください。</small> (資格取得・資格喪失年月日： 年 月 日) <small>※資格取得日は原則申請書を受理した日です。</small> <small>※遡及して資格を取得・喪失することは出来ません。</small>	
申請事由	新規申請・継続申請・取り下げ申請・非該当申請 <small>※該当する申請事由に○をしてください。</small>	
所有手帳又は証書種類	国民年金証書(障害1級・2級) 身体障害者手帳(1級・2級・3級・4級の一部) <small>※身体障害者手帳4級については、次のいずれかに該当される方となります。</small> <small>該当する箇所をチェックしてください。</small> <input type="checkbox"/> 音声又は言語機能に著しい障害を有するもの <input type="checkbox"/> 両下肢のすべての指を欠くもの <input type="checkbox"/> 一下肢の機能に著しい障害を有するもの <input type="checkbox"/> 一下肢を足関節以上で欠くもの 精神障害者保健福祉手帳(1級・2級) 療育手帳(A1・A2) <small>※該当する証書種類に○をし、コピーを添付してください。</small>	
従前の加入保険	国保・国保組合・協会けんぽ・健保組合・共済・船員・日雇・その他 <small>※該当する保険種別に○をし、コピーを添付してください。</small> <small>※国保・国保組合の場合は、コピー省略可。</small>	

長崎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。

平成 年 月 日

申請者 氏名 Ⓜ

※申請者は認定を受けようとする方です。
自署の場合は、印鑑は省略できます。

市町処理欄

被保険者番号		・認定月における限度額の説明	説明者
証処理	交付:窓口・郵送 (/) 回収:済・未 (/)	有期認定証の期限 年 月 日 ・有効期限付きとなる場合は、手帳等の更新及び再申請についての説明 (説明済みの場合、説明者欄に押印またはサインしてください。)	