

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

届出者氏名		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	フリガナ		
	氏名		
	個人番号		
	生年月日	年 月 日	
	住 所		

事 由	1. 新規	<input type="checkbox"/> 75歳到達 <input type="checkbox"/> 他広域からの転入 <input type="checkbox"/> 障害認定の申請 ( )	<input type="checkbox"/> 生活保護廃止 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	2. 変更	<input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 県内市町転出入	<input type="checkbox"/> 市町内転居 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	3. 喪失	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 他広域への転出 <input type="checkbox"/> 障害認定申請の撤回	<input type="checkbox"/> 障害状態不該当 <input type="checkbox"/> 生活保護開始 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	発生年月日	年 月 日	

所有手帳又は 証拠種類	身体障害者手帳	1 級	2 級	3 級	4 級
	療育手帳	A			
	精神障害者 保健福祉手帳	1 級	2 級		
	国民年金証書	1 級	2 級		
	障害種別その他				

(宛先) 石川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

※市町確認欄

代理権の確認	身元確認（本人又は代理人）		番号確認	備考
<input type="checkbox"/> 本人の被保険者証等 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> システム(同一世帯確認) <input type="checkbox"/> その他 ( )	1点	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> プレ印字書類 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> システム <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	2点	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> その他 ( )	