

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

| | | 新規（変更・喪失） | | 変更前 | | 事由 | | | |
|--|-----------------|----------------|-----|-----|----|--|--|--|--|
| 被 保 険 者 | フリガナ | | | | | 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 （ ） 上記の事由発生年月日 （ . . . ） | | | |
| | 氏名 | | 性別 | | | | | | |
| | | | 男・女 | | | | | | |
| | 個人番号 | | | / | | | | | |
| | 生年月日 | 明治・大正 昭和・平成 | 年 | 月 | 日 | | | | |
| | 住所 | | | | | | | | |
| 世帯主との続柄 | | | | | | | | | |
| 世 帯 主 | フリガナ | | | | | 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 （ ） 上記の事由発生年月日 （ . . . ） | | | |
| | 氏名 | | 性別 | | | | | | |
| | | | 男・女 | | | | | | |
| | 個人番号 | | | / | | | | | |
| | 生年月日 | 明治・大正 昭和・平成 | 年 | 月 | 日 | | | | |
| 住所 | | | | | | | | | |
| 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 | 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 （ ） 上記の事由発生年月日 （ . . . ） | | | |
| | 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。 平成 年 月 日 申請者 住所 _____ 氏名 _____ 印 電話 _____ | | | | | | | | | |