

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	☐ 75歳到達 ☐ 他広域からの転入 ☐ 障害認定の申請	☐ 生活保護停廃止 ☐ その他 ()	
	2. 変更	☐ 氏名の変更 ☐ 県内市町転出入	☐ 市町内転居 ☐ その他 ()	
	3. 喪失	☐ 死亡 ☐ 他広域への転出 ☐ 障害認定申請の撤回	☐ 障害状態不該当 ☐ 生活保護開始 ☐ その他 ()	
	発生年月日	年 月 日		
マイナンバーカード（※）の健康保険証利用登録の有無		☐ 有 ☐ 無 ※有効期限内かつ電子証明書が有効なものに限る		
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
☐ 本人の資格確認書等 ☐ 委任状 ☐ 登記事項証明書 ☐ システム（同一世帯確認） ☐ その他（)	1点 2点	☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ 障害者手帳 ☐ プレ印字書類 ☐ その他（) ☐ 資格確認書 ☐ 年金手帳 ☐ その他（)	☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ システム ☐ その他 ()	