

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			性別	
生年月日		明・大・昭 年 月 日		
住所				
世帯主	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日		
申請(届出)事由		<input type="checkbox"/> 障害認定 <input type="checkbox"/> 障害認定不該当 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
障害の状況		次の書類のとおり <input type="checkbox"/> 国民年金証書（ ） <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（ ） <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 他広域連合発行の障害認定証明書 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
<p>岩手県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて（申請・届出）いたします。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所</p> <p>氏名 印</p>				

※障害認定申請及び障害認定不該当届については、記名押印に代えて署名（被保険者本人の自署）することができます。

※その他の届出については、記名することができます。