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
被保険者番号				
個人番号				
フリガナ				
氏名		性別		
生年月日				
住所（施設名及び施設所在地）				
届出区分	1 新規　2 変更　3 喪失			
届出事由・発生年月日（該当事由の□にレ印を記入すること。）	1新規　□ 他の市区町村から転入 □ 障害認定申請 □ その他（　　） 上記事由発生年月日（　　年　　月　　日）			
	2変更　□ 氏名変更 □ 同一市町村内の転居 □ 他の市区町村への転出（県内） □ 住所地特例適用 □ 継続居住地変更 □ その他（　　） 上記事由発生年月日（　　年　　月　　日）			
	3喪失　□ 他の市区町村への転出（県外） □ 障害認定非該当 □ 障害認定撤回 □ 住所地特例不適用 □ その他（　　） 上記事由発生年月日（　　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			
添付（確認）書類（添付（確認）書類の□にレ印・（ ）内に等級等を記入すること。）	□ 国民年金証書（　　） □ 身体障害者手帳（　　） □ 転入前の市区町村長の障害認定証明書 □ その他（　　）			

徳島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

※ マイナンバーカードは、有効期限内かつ電子証明書（５年毎に更新が必要）が有効であるものに限ります。

市町村処理欄			
システム入力年月日	年　月　日	認定年月日 却下年月日	年　月　日 年　月　日
資格取得年月日	年　月　日	資格喪失年月日	年　月　日
担当者証明	上記書類を添付します。（公簿等で確認済みです。）		

広域連合処理欄	
広域連合受付年月日	
・　・	
システム確認済	□

（裏面）

● 該当する項目の□にレを付す又は塗りつぶす（■印にする）こと。

市町村処理欄	個人番号確認	身元確認（顔写真の無い場合2点）		代理権の確認
	□ 個人番号カード	□ 個人番号カード	□ 年金証書	□ 戸籍謄本等（法定代理人）
	□ 通知カード	□ 運転免許証	□ その他	□ 委任状（任意代理人）
	□ 住民票の写し	□ 資格確認書	（　　）	□ その他（上記が困難な場合）
	□ 職員が記載	□ 介護保険被保険者証	（　　）	（　　）