

記入例

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 | 広域 太郎 | 本人との関係 | 子 |
| 届出者住所 | 徳島市川内町平石若松78番地1 | 連絡先電話番号 | 088-677-3666 |

| | 新規（変更・喪失） | 変更前 |
|---|---|--|
| 被保険者番号 | 77777777 | |
| 個人番号 | 777777777777 | |
| フリガナ | コウイキ ハナコ | |
| 氏名 | 広域 花子 | 性別 男・ <input checked="" type="radio"/> 女 |
| 生年月日 | 昭和7年 7月 7日 | |
| 住所 (施設名及び施設所在地) | 771-0137 徳島市川内町平石若松78番地1 | |
| 届出区分 | <input checked="" type="radio"/> 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。) | <p>1 新規</p> <input type="checkbox"/> 他の市区町村から転入 <input type="checkbox"/> 障害認定申請 <input type="checkbox"/> その他 () 上記事由発生年月日 (年 月 日) <p>2 変更</p> <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 同一市町村内の転居 <input checked="" type="checkbox"/> 他の市区町村への転出 (県内) <input type="checkbox"/> 住所地特例適用 <input type="checkbox"/> 継続居住地変更 <input type="checkbox"/> その他 () 上記事由発生年月日 (令和3年 4月 1日) <p>3 喪失</p> <input type="checkbox"/> 他の市区町村への転出 (県外) <input type="checkbox"/> 障害認定非該当 <input type="checkbox"/> 障害認定取下げ <input type="checkbox"/> 住所地特例不適用 <input type="checkbox"/> その他 () 上記事由発生年月日 () | |
| 添付書類 (添付書類の□にレ印・()内に等級等を記入すること。) | <input type="checkbox"/> 国民年金証書 () <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 () <input type="checkbox"/> 転入前の市区町村長の障害認定証明書 <input type="checkbox"/> その他 () | |
| <p>徳島県後期高齢者医療広域連合長 殿</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>令和3年〇〇月〇〇日</p> | | |

| 市町村処理欄 | | | 広域連合処理欄 | |
|-----------|-------------------------|----------|---------|--------------------------|
| システム入力年月日 | ・ | 認定・却下年月日 | ・ | 広域連合受付年月日 |
| 担当者証明 | 上記書類を添付します。(公簿等で確認済です。) | | システム確認済 | <input type="checkbox"/> |