

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 ☐ 障害認定取下げ ☐ 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 殿	
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します。

市町村処理欄			
システム 入力年月日		認定・却 下年月日	～
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	☐ 後期被保険者証	()	☐ 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	()	()