**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** |  |
| **連絡先電話番号** |  | **本人との関係** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **新　規（変　更・喪　失）** | **変更前** |
| **被保険者番号** |  |  |
| **フリガナ** |  |  |
| **氏　　名** |  | **男・女** |  |
| **個人番号** |  |  |
| **生年月日** | **年　　　　月　　　　日生** |  |
| **住　　所****（施設名及び施設所在地）** |  |  |
| **申請事由** | **１．新　規** | **２．変　更** | **３．喪　失** |
| **□他県からの転入****□障害認定申請****□生活保護廃止****□その他****（　　　　　）** **上記の事由発生年月日****（　　　．　　．　　）** | **□氏名の変更****□熊本県内市町村からの転入****□熊本県内市町村への転出****□同一市町村内の転居****□住所地特例適用****□継続居住地変更****□その他****（　　　　　）****上記の事由発生年月日****（　　　．　　．　　）** | **□死亡****□他県への転出****□障害認定非該当****□生活保護開始****□住所地特例不適用****□その他****（　　　　　）****上記の事由発生年月日****（　　　．　　．　　）** |
| **所有手帳又は証書種類** | **□　国民年金証書　（　　　　　　　　　　）****□　身体障害者手帳（　　　　　　　　　　）****□　診断書　　　　（　　　　　　　　　　）****□　転入前の都道府県広域連合長の障害認定証明書****□　その他　　　　（　　　　　　　　　　）** |
| **熊本県後期高齢者医療広域連合長　様****上記のとおり関係書類を添えて（申請・届出）いたします。****年　　月　　日****申請者　　氏名** |