**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** | | | | | |