

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	
連絡先電話番号			

	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
	<input type="checkbox"/> 他県からの転入 <input type="checkbox"/> 障害認定申請 <input type="checkbox"/> 生活保護廃止 <input type="checkbox"/> その他 () 上記の事由発生年月日 (. .)	<input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 熊本県内市町村からの転入 <input type="checkbox"/> 熊本県内市町村への転出 <input type="checkbox"/> 同一市町村内の転居 <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 () 上記の事由発生年月日 (. .)	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 他県への転出 <input type="checkbox"/> 障害認定非該当 <input type="checkbox"/> 生活保護開始 <input type="checkbox"/> 住所地特例不適用 <input type="checkbox"/> その他 () 上記の事由発生年月日 (. .)
所有手帳又は証書類	<input type="checkbox"/> 国民年金証書 () <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 () <input type="checkbox"/> 診断書 () <input type="checkbox"/> 転入前の都道府県広域連合長の障害認定証明書 <input type="checkbox"/> 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 印			