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	しとの関係
	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)			
	1. 新規	2.変更	3. 喪 失
申請事由	□他県からの転入	□氏名の変更	□死亡
	□障害認定申請	□ペコンダス □熊本県内市町村からの転	□他県への転出
	□生活保護廃止	入	□障害認定非該当
	口その他	 □熊本県内市町村への転出	□生活保護開始
	()	□同一市町村内の転居	□住所地特例不適用
		□住所地特例適用	□その他
		□継続居住地変更	()
		□その他	
		()	
	上記の事由発生年月日	上記の事由発生年月日	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。			
 	月日		
'		氏名	