後期高齢者医療障害認定申請及び再交付申請書
被保険者資格取得（変更・喪失）届書

記入例

被保険者番号	0	3	0	0	×	×	×	×

障害認定処理により、付番されるので、申請時は記入不要。

	新規（変更・喪失）	変　更　前
（フリガナ）	コウイキ　レンタロウ	
氏　名	広域　連太郎	
個人番号	×××××××××××××	
生年月日	明治 大正 (昭和) ２０ 年 １ 月 １ 日生	
住　所	（〒×××-××××　） ○○市○○町△△△番地	
（フリガナ）	コウイキ　タロウ	
世帯主氏名	広　域　太　郎	
世帯主との続柄	子	

申請区分	(1) 新規	2．変更	3．喪失	4．再交付
事　由	☐ 県外転入 ☑ 障害認定 ☐ 適用除外非該当 ☐ その他 （　　）	☐ 氏名の変更 ☐ 県内の住所変更 ☐ 市町村内転居 ☐ その他 （　　）	☐ 死亡 ☐ 県外転出 ☐ 障害認定非該当 ☐ 障害認定取下げ ☐ 適用除外該当	☐ 紛失 ☐ 破損 ☐ 汚損 ☐ その他 （　　）
事由発生年月日	（資格取得年月日） 令和２年４月８日			
資格喪失年月日			年　月　日	
変更等の証区分	☐ 被保険者証	☐ 減額認定証		

・通常、市町村受付日が資格取得日となる。ただし未来日を資格取得日とすることもできる。
・受付時に届出者へ確認し、必ず記入してください。

確認した障害の程度が分かる資料を記入し、写し（氏名、生年月日、住所、等級、障害名等が分かるもの）を添付

次の書類のとおり
☐ 国民年金等の障害年金証書
☑ 身体障害者手帳　（H20年10月1日交付）
　１級・２級・(3)級
　４級→☐音声機能の著しい障害
　　☐言語機能の著しい障害
　　☐下肢→☐両下肢のすべての指を欠く
　　☐１下肢を下腿の２分の１以
　　☐１下肢の機能の著しい障害
☐ 精神障害者保健福祉手帳　１級・２級
（　年　月　日交付・有効期限　年　月　日）
☐ 療
☐ 他
☐ そ

オンライン入力時については、必ず「障害の程度」の項目に手帳の「障害名」欄の記載事項等を詳細に入力する。《証明書オンライン発行時の記載事項となるため》

窓口受付時の情報等を記載してください。特に被用者保険の被扶養者であった者については要注意。（保険料の軽減に影響するため）

○○市国保において、減額認定証及び特定疾病療養受療証の交付があり、後期高齢者医療の資格取得に際して、同時申請有

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。

令和 2 年 4 月 8 日

申請者（届出者）
住　所　○○市○○町△△△番地
氏　名　広　域　太　郎　（続柄：　子　）
（電話　○○○ － ○○○ －○○○○）

証処理	交付	窓口	郵送	（　／　）
	回収	済み	未	（　／　）
	本人確認	書類名	免　保　介 その他（　　）	

広域連合		市町村	
受付印	受付者	受付印	受付者