

		被保険者番号	0	3	0	0	×	×	×	×
		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	XXXXXXXXXXXXXXXXXX									
生 年 月 日	明治 大正 昭和	20 年 1 月 1 日生								
住 所	（〒XXXX-XXXX） 〇〇市〇〇町△△△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	<input type="checkbox"/> 県外転入 <input checked="" type="checkbox"/> 障害認定 <input type="checkbox"/> 適用除外非該当 <input type="checkbox"/> その他 （ ）		<input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 県内の住所変更 <input type="checkbox"/> 市町村内転居 <input type="checkbox"/> その他 （ ）		<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 県外転出 <input type="checkbox"/> 障害認定非該当 <input type="checkbox"/> 障害認定取下げ <input type="checkbox"/> 適用除外該当 （ ）		<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損 <input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> その他 （ ）			
事由発生年月日	(資格取得年月日) 令和〇年〇月〇日									
資格喪失年月日			年 月 日							
変更等の証区分	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 減額認定証									
障 害 の 状 況	次の書類のとおり <input type="checkbox"/> 国民年金等の障害年金証書 <input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳（H20年10月1日交付）（ 年 月 日交付・有効期限 年 月 日） 1級・2級・③級 4級→ <input type="checkbox"/> 音声機能の著しい障害 <input type="checkbox"/> 療育手帳A（重度） <input type="checkbox"/> 言語機能の著しい障害 <input type="checkbox"/> 他広域連合の障害認定証明書 <input type="checkbox"/> 下肢→ <input type="checkbox"/> 両下肢のすべての指を欠くもの <input type="checkbox"/> 1下肢を下腿の2分の1以上で欠くもの <input type="checkbox"/> 1下肢の機能の著しい障害		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							
備 考										

障害認定処理により、付番されるので、申請時は記入不要。

・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

岡山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。
令和 〇 年 〇 月 〇 日

申請者 住 所 〇〇市〇〇町△△△番地
(届出者) 氏 名 広 域 太 郎 (続柄： 子)
(電話 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇)

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