後期高齢者医療障害認定申請書
被保険者資格取得（喪失）届出書

被保険者番号		個人番号	
（フリガナ） 氏名		生年月日	大正 昭和　年　月　日生
住所	（〒　　）		
（フリガナ） 世帯主氏名		世帯主との続柄	本人・配偶者 父母・子 その他（　　）

資格取得	資格取得年月日	令和　年　月　日　※遡及不可
	障害の状況	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 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もの ☐１下肢を下腿の２分の１以上で欠くもの ☐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 ☐ 療育手帳A（重度） ☐ 他広域連合の障害認定証明書 ☐ その他（　　）
	障害を証するものの有効期限	有（有効期限：令和　年　月　日）・無
	現在（以前）の健康保険	☐国民健康保険　☐社会保険（☐本人　☐被扶養者） ☐他広域連合の後期高齢者医療　☐その他（　　）
	マイナンバーカード（※）の健康保険証利用登録の有無	有・無 ※　有効期限内かつ電子証明書（５年毎に更新が必要）が有効であるものに限ります。
資格喪失	資格喪失事由	☐障害認定非該当　☐障害認定取下げ
	事由発生年月日	令和　年　月　日　※受付日
	資格喪失年月日	令和　年　月　日　※受付日の翌日以降の日

備考	

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　年　月　日

申請者　住所

（届出者）　氏名　（続柄：　）

（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