

障害認定処理により、付番されるので、申請時は記入不要。

医療障害認定申請書
格取得（喪失）届出書

記入例

被保険者番号	0300XXXX	個人番号	XXXXXXXXXXXX
(フリガナ)	コウイキ ハナコ	生年月日	大正 31年1月1日生 昭和
氏名	広域 花子		
住所	(〒XXXX-XXXX) 〇〇市〇〇町△△△番地		
(フリガナ)	コウイキ タロウ	世帯主との続柄	本人・配偶者 父母・子 その他()
世帯主氏名	広域 太郎		

資格取得	資格取得年月日	令和 6 年 12 月 10 日 ※遡及不可	
	次の書類のとおり	・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。	
	障害の状況	☒ 身体障害者手帳 1級・2級・3級 4級→ ☐ 療育手帳A（重度） ☐ 音声機能の著しい障害 ☐ 他広域連合の障害認定証明書 ☐ の著しい障害 ☐ その他() ☐ 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	
	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		
	障害を証するものの有効期限	有 (有効期限：令和 7 年 8 月 31 日) ・ 無	
資格喪失	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。	
	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 6 年 12 月 10 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： 夫) (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

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

記入例

被保険者番号	0300XXXX	個人番号	XXXXXXXXXXXX
(フリガナ)	コウイキ ハナコ	生年月日	大正 31年1月1日生 昭和
氏名	広域 花子		
住所	(〒XXXX-XXXX) 〇〇市〇〇町△△△番地		
(フリガナ)	コウイキ タロウ	世帯主との続柄	本人・配偶者 父母・子 その他()
世帯主氏名	広域 太郎		

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 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ 身体障害者手帳 1級・2級 1級・2級・3級 ☐ 療育手帳A（重度） 4級→ ☐ 音声機能の著しい障害 ☐ 他広域連合の障害認定証明書 ☐ 言語機能の著しい障害 ☐ その他() ☐ 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
	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保険
	マイナナンバーカード（※）の健康保険証利用登録の有無	※ 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よう。

通常、市町村受付日の翌日が資格喪失日となる。ただし未来日を資格喪失日とすることもできる。

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 6 年 12 月 10 日 ※受付日
	資格喪失年月日	令和 6 年 12 月 11 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 6 年 12 月 10 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： 夫 ）
（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