医療障害認定申請書
格取得（喪失）届出書 **記入例**

障害認定処理により、付番されるので、申請時は記入不要。

被保険者番号	0300××××	個人番号	××××××××××××
（フリガナ） 氏名	コウイキ　ハナコ **広域　花子**	生年月日	大正 ・ 昭和（○）　**31 年 1 月 1 日生**
住所	（〒×××-××××　） **○○市○○町△△△番地**		
（フリガナ） 世帯主氏名	コウイキ　タロウ **広域　太郎**	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 6 年 12 月 10 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 ☑ 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 　　　☐…の著しい障害 　　　☐両下肢の… 　　　☐1下肢を… 　　　☐1下肢の機… ☐ 療育手帳A（重度）
	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
	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…
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…

・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

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）

備考	**○○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**

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（届出者）
住所　**○○市○○町△△△番地**
氏名　**広 域　太 郎**　（続柄：**夫**）
（電話　○○○ － ○○○ －○○○○）

証処理			
交付	窓口	郵送	（　／　）
回収	済み	未	（　／　）
本人確認	書類名	免　確　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	0 3 0 0 × × × ×	個人番号	× × × × × × × × × × × ×
（フリガナ）	**コウイキ　ハナコ**	生年月日	大正・昭和（○） **3 1 年 1 月 1 日生**
氏名	**広域　花子**		
住所	（〒×××-××××） **○○市○○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 ☐ 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…
	マイナンバーカード（※）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 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	**社保加入のため** ←	

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。

窓口受付時の情報等を記載してください。

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（届出者）
住所 **○○市○○町△△△番地**
氏名 **広 域 太 郎**（続柄： **夫** ）
（電話 ○○○ − ○○○ −○○○○）

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

広域連合		市町村	
受付印	受付者	受付印	受付者