

後期高齢者医療障害認定申請書及び資格取得（変更・喪失）届書

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

	新規（変更・喪失）	変更前
被保険者番号		
フリガナ		
氏名		
個人番号		
生年月日		
住所		
申請事由		異動日（ 年 月 日） ※申請取得日・撤回・不該当喪失日は遡りません
		1 資格取得 <input type="checkbox"/> 障害認定の申請 <input type="checkbox"/> 広域外転入 <input type="checkbox"/> その他（ ）
所有手帳又は証書類	<input type="checkbox"/> 国民年金法の障害年金 1 級・2 級	2 変更 <input type="checkbox"/> 広域内転入
	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 1 級・2 級・3 級・4 級一部 (4 級下肢障害は号級記載)	<input type="checkbox"/> 有期延長(年 月 日) <input type="checkbox"/> その他（ ）
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 1 級・2 級 (有効期限 年 月末) <input type="checkbox"/> 入力確認	3 資格喪失 <input type="checkbox"/> 障害認定申請の撤回 <input type="checkbox"/> 障害不該当 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	<input type="checkbox"/> 療育手帳 A1・A2	<input type="checkbox"/> 本人確認（ ）
	<input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 個人番号確認（ ）
<p>神奈川県後期高齢者医療広域連合長</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて（申請・届出）いたします。</p> <p>令和 年 月 日</p>		