後期高齢者医療障害認定申請書及び資格取得（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	

申請区分	新規（変更・喪失）・その他（　　）	備考
フリガナ		
氏名		
生年月日	年　　月　　日生	
住所	〒	
個人番号		
マイナンバーカード（※）の健康保険証利用登録の有無	□　有　□　無	
所有手帳又は証書種類	身体障害者手帳（　1級・2級・3級・4級　） 療育手帳（　A1・A2　）　精神障害手帳（　1級・2級　） 国民年金証書（　1級・2級　） その他（　　）	

大分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　　氏名

※マイナンバーカードは、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。

後期高齢者医療障害認定申請書及び資格取得（喪失）届書

届出者名	広域　太郎	本人との関係	子
届出者住所	大分市〇〇町〇〇丁目〇－〇	連絡先電話番号	097-●●●-●●●●

申請区分	新規（変更・喪失）・その他（　　）	備考
フリガナ	コウイキ　イチロウ	
氏名	広域　一郎	
生年月日	年　月　日生	
住所	〒８７０－００００ 大分市〇〇町〇〇丁目〇－〇	
個人番号	●●●●●●●●●●●●	
マイナンバーカード（※）の健康保険証利用登録の有無	□　有　□　無	
所有手帳又は証書種類	身体障害者手帳（ 1級・2級・3級・4級 ） 療育手帳（ A1・A2 ）　精神障害手帳（ 1級・2級 ） 国民年金証書（ 1級・2級 ） その他（　　）	

大分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　氏名　　広　域　一　郎

※マイナンバーカードは、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。