

後期高齢者医療障害【認定・取り下げ】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
フリガナ		
氏名		
個人番号		
生年月日		
住所		
申請区分	<p style="text-align: center;">認定・取り下げ・非該当</p> <p>※該当する申請区分に○をしてください。 （資格取得・資格喪失年月日： 年 月 日） ※資格取得日は原則申請書を受理した日です。 ※遡及して資格を取得・喪失することは出来ません。</p>	
申請事由	<p style="text-align: center;">新規申請・継続申請・取り下げ申請・非該当申請</p> <p>※該当する申請事由に○をしてください。</p>	
所有手帳又は証書種類	<p>国民年金証書(障害1級・2級)</p> <p>身体障害者手帳(1級・2級・3級・4級の一部)</p> <p>※身体障害者手帳4級については、次のいずれかに該当される方となります。 該当する箇所をチェックしてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 音声又は言語機能に著しい障害を有するもの <input type="checkbox"/> 両下肢のすべての指を欠くもの <input type="checkbox"/> 一下肢の機能に著しい障害を有するもの <input type="checkbox"/> 一下肢を足関節以上で欠くもの</p> <p>精神障害者保健福祉手帳(1級・2級)</p> <p>療育手帳(A1・A2)</p> <p>※該当する証書種類に○をし、コピーを添付してください。</p>	
従前の加入保険	<p>国保・国保組合・協会けんぽ・健保組合・共済・船員・日雇・その他</p> <p>※該当する保険種別に○をし、コピーを添付してください。 ※国保・国保組合の場合は、コピー省略可。</p>	

長崎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。

年 月 日

市町処理欄

被保険者番号			・認定月における限度額の説明 ・有効期限付きとなる場合は、手帳等の更新及び再申請についての説明 (説明済みの場合、説明者欄に押印またはサインしてください。)	説明者
証処理	交付:窓口・郵送(/) 回収:済・未(/)	有期認定証の期限 年 月 日		