

第1号様式（第2条及び第3条関係）

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

申請（届出）者名		被保険者との関係	
申請（届出）者住所		電 話 番 号	

世帯主	氏 名		個 人 番 号	
	生年月日	年 月 日	被保険者との続柄	

※ 資格取得及び変更の届出で、被保険者が世帯主でない場合のみ、世帯主欄の記載が必要です。

		新規（変更・喪失）		変 更 前	
被 保 険 者 番 号					
被 保 険 者	個 人 番 号				
	フ リ ガ ナ				
	氏 名				
	生 年 月 日	年 月 日			
	住 所				
異 動 年 月 日					
申 請 区 分		<input type="checkbox"/> 取得 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 喪失			
申 請 事 由					
		<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 障害認定 <input type="checkbox"/> 生活保護廃止 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 住所変更 <input type="checkbox"/> 世帯変更（世帯主名 ） <input type="checkbox"/> 障害状態不該当 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 生活保護開始 <input type="checkbox"/> 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			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
所有手帳又は 証書種類		<input type="checkbox"/> 国民年金証書 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 障害認定証明書 <input type="checkbox"/> 診断書 No. （ 級） 交付日 年 月 日 有効期限 年 月 日 等級変更日 年 月 日 作成日 年 月 日			

(宛先) 京都府後期高齢者医療広域連合長

上記のとおり関係書類を添えて（申請・届出）します。

年 月 日

※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。