

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す。