

様式第1号(第2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

| | | | |
|-------|--|------------------|--|
| 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 | | |
| 申 請 事 由 | | |
| | | |
| 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 | | |
| 被保険者番号 | | 資格取得(変更・喪失)年月日 |
| 年 月 日 | | |
| <p>島根県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて(申請・届出)します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> | | |

※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。