

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	フリガナ	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
被保険者番号		
フリガナ		
氏名		
個人番号		
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	
住所		
申請区分	資格取得 ・ 資格変更 ・ 資格喪失	
申請事由	市内転居 ・ 県内(転入・転出) ・ 県外(転入・転出) 死亡 ・ 新規障害認定 ・ その他()	
事由発生日	年 月 日	
所有手帳又は証書種類	・国民年金証書(基礎年金番号: _____ - _____、 _____ 級) ・身体障害者手帳(_____ 市・県 第 _____ 号、 _____ 級) ・その他() ※有期認定の有無 有 (_____ 年 _____ 月 _____ 日) ・ 無 ※高齢重度障害者適用 有 ・ 無	
(あて先) 群馬県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)いたします。 年 月 日		

確認欄	番号	個力・通力・その他 ()	受付	【確認】 減額 特定疾病 送付先変更 福祉医療
	本人	免・在・パ・個力・保・介・ ()		【受付場所】 大胡・宮城・粕川・富士見・城南 元総社・上川淵・南橘・桂萱・東
	来庁者	免・在・パ・個力・保・介・ ()		
	窓口交付 ・ 郵送 (/)			