

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
被 保 険 者 番 号		
個 人 番 号		
フ リ ガ ナ		
氏 名		性別
生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日	
住 所 (施設名及び施設所在地)		
届 出 区 分	1 新規	2 変更
届 出 事 由 ・ 発 生 年 月 日 (該 当 事 由 の □ に レ 印 を 記 入 す る こ と 。)	3 喪失	
	1 新規 <input type="checkbox"/> 他の市区町村から転入 <input type="checkbox"/> 障害認定申請 <input type="checkbox"/> その他 () 上記事由発生年月日 (年 月 日)	
	2 変更 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 同一市町村内の転居 <input type="checkbox"/> 他の市区町村への転出 (県内) <input type="checkbox"/> 住所地特例適用 <input type="checkbox"/> 継続居住地変更 <input type="checkbox"/> その他 () 上記事由発生年月日 (年 月 日)	
3 喪失 <input type="checkbox"/> 他の市区町村への転出 (県外) <input type="checkbox"/> 障害認定非該当 <input type="checkbox"/> 障害認定取下げ <input type="checkbox"/> 住所地特例不適用 <input type="checkbox"/> その他 () 上記事由発生年月日 (年 月 日)		
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	
添 付 (確 認) 書 類 (添付(確認)書類の□にレ印・)内に等級等を記入するこ と。)	<input type="checkbox"/> 国民年金証書 () <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 () <input type="checkbox"/> 転入前の市区町村長の障害認定証明書 <input type="checkbox"/> その他 ()	
徳島県後期高齢者医療広域連合長 殿 上記のとおり、関係書類を添えて申請・届出します。 令和 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。

市町村処理欄		広域連合処理欄	
システム 入力年月日	・ ・	認定・却 下年月日	・ ・ ・ ・ ~ ・ ・ ・
担当者 証明	上記書類を添付します。(公 簿等で確認済です。)		広域連合受付年月日 ・ ・ ・ システム確認済 <input type="checkbox"/>

(裏面)

【 記 入 不 要 】

市役所での記入面

● 該当する項目の□にレを付す又は塗りつぶす(■印にすること)。

市町村処理欄	個人番号確認	身元確認(A'1点 A2点 B2点は不可)		
	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 職員が記載	<input type="checkbox"/> 個人番号カード A' <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 後期被保険者証 A <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 減額・限度額認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 重度医療費受給者証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> 年金証書 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 住民票・戸籍謄本等 B <input type="checkbox"/> 無料乗車証(バス) <input type="checkbox"/> 預金通帳・キャッシュカード <input type="checkbox"/> 診察券(給付履歴あり) <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 聞き取り(診・口・年・家・5)			
	代理権の確認	代理人の身元確認(A'1点 A2点 B2点は不可)		
<input type="checkbox"/> 同一世帯員 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本等(法定代理人) <input type="checkbox"/> 委任状(任意代理人) <input type="checkbox"/> 申請者の被保険者証 <input type="checkbox"/> 申請者の資格確認書 <input type="checkbox"/> 保護受給証明書 <input type="checkbox"/> その他(上記が困難な場合)	<input type="checkbox"/> 個人番号カード A' <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 後期被保険者証 A <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 減額・限度額認定証 <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 <input type="checkbox"/> 重度医療費受給者証 <input type="checkbox"/> 健康保険証(後期以外) <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> 年金証書・年金手帳 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 住民票・戸籍謄本等 B <input type="checkbox"/> 無料乗車証(バス) <input type="checkbox"/> 預金通帳・キャッシュカード <input type="checkbox"/> 診察券(給付履歴あり) <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 聞き取り(診・口・年・家・5)				