

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			
申 請 事 由			
		☐ 転入 ☐ 障害認定 ☐ 生活保護廃止 ☐ 氏名変更 ☐ 住所変更 ☐ 世帯変更（世帯主名 ） ☐ 障害状態不該当 ☐ 転出 ☐ 死亡 ☐ 生活保護開始 ☐ 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		☐ 有 ☐ 無	
所有手帳又は 証書種類	☐ 国民年金証書 ☐ 身体障害者手帳 ☐ 精神保健福祉手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 障害認定証明書 ☐ 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、ります。