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 |  | | | |  |
|  | | | |  |
| 個人番号カード  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 |  | | | |  |
| （宛先）千葉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 | | | | | |