

後期高齢者医療

〔 障害認定申請書
障害認定申請撤回届書
障害状態不該当届書
被保険者資格届書 〕

令和 年 月 日

長野県後期高齢者医療広域連合長あて

住所
届出(申請者) 氏名 印
電話

高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第8条・第10条・第11条・第12条・第22条・第23条・第24条・第25条・第26条の規定により、関係書類を添えて届け出（申請し）ます。

届出（申請） に係る者等	新規（変更・喪失）	変更前	事由 (該当項目に☑)
被保険者番号			1 資格取得 <input type="checkbox"/> 75歳に到達 <input type="checkbox"/> 他の広域連合からの転入 <input type="checkbox"/> 障害認定の申請 <input type="checkbox"/> その他（ ） 資格取得年月日 (令和 年 月 日)
個人番号			
フリガナ		続柄	
氏名			
生年月日	明大昭 年 月 日	男・女	
住所 (病院等の名称 及び住所)			
フリガナ			
世帯主氏名			
世帯主生年月日	明大昭 年 月 日	男・女	
同一世帯内の被保険者の被保険者番号及び氏名			
障害の状態	次の書類のとおり <input type="checkbox"/> 国民年金証書（ ） <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"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 転入前広域連合長の障害認定証明書 <input type="checkbox"/> その他（ ）		3 資格喪失 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 他広域連合の区域へ転出 <input type="checkbox"/> 障害認定申請の撤回 <input type="checkbox"/> 障害不該当 (令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他（ ） 資格喪失年月日 (令和 年 月 日)