

様式第1号（第2条関係）

【記入例】 後期高齢者医療障害認定申請書（新規・更新）

太枠の中を記入してください。

届出者名	神石 太郎	本人との関係	本人
届出者住所	広島県神石郡神石高原町小畠 1701番地	連絡先電話番号	0847-89-3335

被保険者番号		個人番号	
※保険情報の分かるものを参照のうえ記入してください。不明な場合は、空白でかまいません。		123412341234	
(フリガナ) 氏 名	ジンセキ タロウ 神石 太郎		
生年月日	昭和10年1月1日		
住 所	広島県神石郡神石高原町小畠 1701番地		
後期加入前の 医療保険	☐ 健保組合等※右を記載 ☐ 国民健康保険 ☐ 後期高齢者医療保険 ☐ 適用除外者等	被保険者氏名 () 保 険 者 名 (※現在加入している保険情報の分かるものを参照のうえ記入してください。) 保 険 者 番 号 () 記 号 番 号 ()	
認定希望日 (更新日)	令和〇年〇月〇日 ※希望する日がない場合は、申請日が認定日となります。		
マイナ保険証 保有の有無	☐ 無 ※該当する方にレ点を入れてください。 ☐ 有 ※マイナンバーカードが有効期限内かつ電子証明書が有効であるものに限りです。		
障害の状況	次の書類のとおり。 ※該当する箇所にレ点を記入してください。 国民年金証書 (☐ 1級 ☐ 2級) 身体障害者手帳 (☐ 1級 ☐ 2級 ☐ 3級 4級 (下肢 ☐ 1号 ☐ 3号 ☐ 4号 ☐ 音声・言語) 精神障害者保健福祉手帳 (☐ 1級 ☐ 2級) 療 育 手 帳 (☐ A ☐ B) ☐ 診 断 書 ☐ 転入前の都道府県後期高齢者医療 広域連合長の障害認定証明書 ☐ その他 ()		
広島県後期高齢者医療広域連合長 様 上記のとおり、関係書類を添えて、法第50条第2号の障害認定を申請します。 令和〇年〇月〇日			

送付日 年 月 日	システム入力者	システム確認者	(受領サイン)
回収日 年 月 日			
種 別 ☐ 資格確認書 ☐ 資格情報通知書 ☐ 却下通知			確認書類 マイナンバー・免許証・その他 ()
(備考) ☐ 手帳等有効期限の確認 ☐ 更新を誓約書で受付した場合、手帳等更新申請済であることの確認 資料添付 又は 手帳等担当 に後期担当 が確認 ☐ 各申請の必要性の確認 (特定疾病認定・長期入院該当認定・被扶養者届出・任意記載事項併記) ☐ 後期加入前が国民健康保険の場合、国民健康保険の資格喪失			市区町受付印