

様式第 1 号（第 2 条関係）

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		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

被 保 険 者 番 号		個 人 番 号	
(フリガナ) 氏 名			
生 年 月 日	年 月 日		
住 所			
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 () 保 険 者 番 号 () 記 号 番 号 ()	
認定希望日 (更新日)	年 月 日		
マイナ保険証保有の有無	☐ 無 ☐ 有 ※マイナ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します。		
障害の状況	次の書類のとおり。 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) ☐ 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 5 0 条第 2 号の障害認定を申請します。			
年 月 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 マイナカード・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