

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	京都 花子	被保険者との関係	本人
申請（届出）者住所	京都市中京区寺町通御池下る下本能寺前町500-1	電話番号	075-000-0000

○各区役所・支所（保険年金課）に申請書類を提出する方の氏名等を記入してください。

世帯主	氏名	京都 太郎	個人番号	123456789012
	生年月日	昭和 13年 5月 5日	被保険者との続柄	夫

○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、世帯主欄を記入してください。

※ 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	100000000000
	フリガナ	キョウト ハナコ
	氏名	京都 花子
	生年月日	昭和15年 3月 3日
	住所	京都市中京区寺町通御池下る下本能寺前町500-1
異動年月日	令和3年4月1日	
申請区分	新規	
申請事由	<input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 障害認定 <input checked="" type="checkbox"/> 生活保護廃止 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 住所変更 <input type="checkbox"/> 世帯変更（世帯主名） <input type="checkbox"/> 障害状態不該当 <input type="checkbox"/> 転出 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 生活保護開始 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	<input type="checkbox"/> 国民年金証書 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 障害認定証明書 <input type="checkbox"/> 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	

○申請される方の氏名等を記入してください。
 （資格取得の届出の場合は、被保険者番号の記載は不要です。）
 ○個人番号（マイナンバー）は、通知カード、マイナンバーカード等に記載されている番号を記入してください。

○異動年月日、申請区分を記入してください。（「新規」、「変更」、「喪失」）
 ○申請理由のうち、該当するものの「」にチェックしてください。

○障害認定申請の場合には、所有手帳又は証書種類について記入してください。

（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。
 令和3年 4月 1日

○申請日を記入してください。