

申請書類を提出
する方

第2条及び第3条関係)

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	京都市中京区〇町123番	電話番号	080-0000-0000

世帯主	氏名	京都 太郎	個人番号	123456789012
	生年月日	昭和24年12月10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、世帯主欄の記載が必要です。

		新規（変更・喪失）	変更前
被保険者番号		09876543	
被保険者	個人番号	123456789000	異動があった被保険者の氏名等を記載
	フリガナ	キョウト ハナコ	
	氏名	京都 花子	
	生年月日	昭和24年12月15日	
	住所	京都市中京区〇〇町123番地	
異動年月日		令和6年12月20日	

申請区分	新規	新規、変更、喪失を記載
------	----	-------------

申請事由	<input checked="" type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 障害認定 <input 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（）	
------	---	--

該当する事由を
チェックする

マイナンバーカード※の健康保険証利用登録の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
-------------------------	--	--

所有手帳又は 証書種類	<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	
----------------	---	--

（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6年 12月 20日

- 申請書の提出や資格確認書の受領ができるのは、原則被保険者本人又は同一世帯の方となります。
本人や同一世帯の方以外が申請される場合は、代理権が授与されていることを確認しますので、
申請書と併せて委任状を提出してください。
○申請時に本人確認書類等の提示が必要です。