

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○町123番	電話番号	080-0000-0000

世帯主	氏名	京都 太郎	個人番号	123456789012
世帯主	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
	フリガナ	キヨウト ハナコ
被保険者	氏名	京都 花子
被保険者	生年月日	昭和24年12月15日
被保険者	住所	京都市中京区○○町123番地
異動年月日	令和6年12月20日	
申請区分	新規	
申請事由	<p>該当する事由を チェックする</p> <p><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()</p>	
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	<p><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</p> <p>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</p>	
(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。