様式第１号

受　付　日

(表)

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

届　出　者　名		本人との関係	
届 出 者 住 所		連絡先電話番号	

	新規（変更・喪失）		変更前
フ　リ　ガ　ナ			
氏　　名		性別	
個　人　番　号			
マイナンバーカード（※）の健康保険証利用登録の有無	□ 有　　□ 無		
生　年　月　日	年　　月　　日		
住　　所			
申　請　区　分	□ 新規申請・□ 継続申請・□ 転入申請・□ その他申請		
申　請　事　由	□ 新規に障害認定されたため □ 老人保健からの障害認定継続のため □ 障害認定が継続されたため □ 転入前に障害認定されたため □ その他の理由により障害認定されたため		
所有手帳又は証書種類	□ 身体障害者手帳　□ １級・□ ２級・□ ３級・□ ４級 □ 療育手帳　□ Ａ１・□ Ａ２ □ 精神障害者手帳　□ １級・□ ２級 □ 国民年金証書　□ １級・□ ２級 □ その他（　　） 障害の程度（　　）		

大阪府後期高齢者医療広域連合長　宛

上記のとおり関係書類を添えて申請いたします。

年　　月　　日

被保険者番号		資格取得（変更・喪失）年月日	年　　月　　日

（裏）

※　本人確認欄

□運転免許証　　□パスポート　　□賦課決定通知書　　□納入通知書　　□個人番号カード
□在留カード・特別永住者証明書　□特定在留カード・特定特別永住者証明書　□障害者手帳
□その他（　　）

処理者	確認者	証発行者