

様式第1号（第2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

年 月 日

（宛先）山梨県後期高齢者医療広域連合長

申請（届出）者名		本人（被保険者） との関係	
申請（届出）者住所			
連絡先 （電話番号）			

下記のとおり、関係書類を添えて（申請・届出）いたします。

申請（届出）に係る者	新規（変更・喪失）	変更前
被保険者番号		
フリガナ		男 ・ 女
氏名		
個人番号		
生年月日	年 月 日	
住所		
申請区分		
申請事由		
所有手帳又は 証書種類	次の書類のとおり。 <input type="checkbox"/> 国民年金証書（ ） <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（ ） <input type="checkbox"/> 療育手帳（ ） <input type="checkbox"/> 精神手帳（ ） <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 転入前の市（区）町村長の障害認定証明書 <input type="checkbox"/> その他（ ）	