

後期高齢者医療

障害（認定・認定撤回）申請書
被保険者資格取得（喪失・変更）届書

提出者等	<input type="checkbox"/> 本人	氏名		電話番号	
	<input type="checkbox"/> 代理人（ ）	住所	浪江町大字		

異動年月日	令和 年 月 日	資格得喪年月日	令和 年 月 日
異動事由	<input type="checkbox"/> 障害認定 <input type="checkbox"/> 広域外転入 <input type="checkbox"/> 75歳到達 <input type="checkbox"/> 適用除外非該当 （ ） <input type="checkbox"/> その他取得 （ ）	<input type="checkbox"/> 障害認定撤回 <input type="checkbox"/> 障害不該当 <input type="checkbox"/> 広域外転出 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 適用除外該当 （ ） <input type="checkbox"/> その他喪失 （ ）	<input type="checkbox"/> 広域内転入・転出 <input type="checkbox"/> 転居 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 住所変更 <input type="checkbox"/> 世帯変更（主変・合併・分離） <input type="checkbox"/> その他変更 （ ）

申請者（被保険者）	被保険者番号		電話番号	
	個人番号			
	フリガナ		男・女	明・大・昭
	氏名		生年月日	年 月 日
	住所	〒	浪江町大字	
	旧住所・転出先	〒		
	（障害認定のみ） 現加入保険	被保険者証	記号	番号
	被保険者、組合員又は世帯主の氏名			
	被保険者、組合員又は世帯主の住所		〒 浪江町大字	
	保険者の名称（保険者番号）			[]

世帯主及び同一世帯の被保険者	異動者	フリガナ氏名	生年月日	続柄	被保険者番号	備考
<input type="checkbox"/>		男・女 個人番号（ ）	明・大・昭 ・ ・	世帯主		
<input type="checkbox"/>		男・女	明・大・昭 ・ ・			
<input type="checkbox"/>		男・女	明・大・昭 ・ ・			

福島県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 年 月 日 （申請・届出）者 氏名

※以下の欄は記入しないでください。

障害の状況	決定区分	認定・却下・撤回	決定年月日	令和 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 障害年金証書（ ）級 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（ ）級 <input type="checkbox"/> 療育手帳（ ） <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳（ ）級 【有期認定の場合：終期年月日 令和 年 月 日】			
処理欄	添付書類	<input type="checkbox"/> 被保険者証（写） <input type="checkbox"/> 負担区分等証明書 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳等の写し <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	被保険者証等	証交付（未・済）令和 年 月 日 回収（未・済）令和 年 月 日 電算処理（未・済）令和 年 月 日		
	個人番号の確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード・通知カード <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	個人番号の本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	個人番号の代理権確認	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
備考欄		入力	確認	
		市町村名	浪江町	

後期高齢者医療

障害(認定・認定撤回)申請書
被保険者資格取得(喪失・変更)届書

記入例

提出者等	<input checked="" type="checkbox"/> 本人	氏名	浪江 太郎	電話番号	090-1234-5678
	<input type="checkbox"/> 代理人 ()	住所	浪江町大字 幾世橋字六反田7-2		

異動年月日	令和 年 月 日	資格得喪年月日	令和 年 月 日	
異動事由	<input type="checkbox"/> 障害認定 <input type="checkbox"/> 広域外転入 <input type="checkbox"/> 75歳到達 <input type="checkbox"/> 適用除外非該当 <input type="checkbox"/> その他取得 ()	<input type="checkbox"/> 障害認定撤回 <input type="checkbox"/> 広域外転出 <input type="checkbox"/> 適用除外該当 喪失 ()	<input type="checkbox"/> 障害不該当 <input type="checkbox"/> 死亡 喪失 ()	<input type="checkbox"/> 広域内転入・転出 <input type="checkbox"/> 転居 変更 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 住所変更 <input type="checkbox"/> 世帯変更(主変・合併・分離) <input type="checkbox"/> その他変更 ()

マイナンバー
をご記入ください。

申請者(被保険者)	被保険者番号											電話番号	090-1234-5678						
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2						
	フリガナ	ナミエ タロウ										男	明・大	昭					
	氏名	浪江 太郎										女	生年月日	●	年	●	月	●	日
	住所	〒 979-1592	浪江町大字 幾世橋字六反田7番地2																
	旧住所・転出先	〒																	
	(障害認定のみ)	被保険者証	記号	島85		番号	1004567												
	被保険者、組合員又は世帯主の氏名	浪江 太郎																	
	被保険者、組合員又は世帯主の住所	〒979-1592	浪江町大字 幾世橋字六反田7番地2																
	保険者の名称(保険者番号)	浪江町国民健康保険 [071258]																	

世帯主及び同一世帯の被保険者	異動者	フリガナ氏名	生年月日	続柄	被保険者番号	備考
	<input type="checkbox"/>		男・大・昭	世帯主		
	<input type="checkbox"/>		明・大・昭			
	<input type="checkbox"/>		明・大・昭			

福島県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 ● 年 ● 月 ● 日

(申請・届出)者 氏名

浪江 太郎

※以下の欄は記入しないでください。

障害の状況	決定区分	認定・却下・撤回	決定年月日	令和 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 障害年金証書 () 級 <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 () 級	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 () 級 <input type="checkbox"/> その他 【有期認定の場合：終期年月日 令和 年 月 日】		
処理欄	添付書類	<input type="checkbox"/> 被保険者証(写) <input type="checkbox"/> 委任状	<input type="checkbox"/> 負担区分等証明書 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳等の写し
	被保険者証等	証交付(未・済) 令和 年 月 日 回収(未・済) 令和 年 月 日 電算処理(未・済) 令和 年 月 日		
	個人番号の確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード・通知カード <input type="checkbox"/> その他()		
	個人番号の本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他()		
	個人番号の代理権確認	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> その他()		
備考欄				入力 確認
	市町村名			浪江町