

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	

被保険者番号		個人番号	
被 保 険 者	フリガナ	性別 男・女	
	氏名	生年月日	大・昭 年 月 日
	住所	〒	
	現加入保険 (障害認定のみ)	記号	番号
		被保険者、組合員 又は世帯主の氏名	
		保険者の名称	保険者番号
世 帯 主	<input type="checkbox"/> 上記被保険者と同じ ※上記被保険者と異なる場合は以下に記載		
	世帯主との続柄	個人番号	
	フリガナ	性別 男・女	
	氏名	生年月日	大・昭・平 年 月 日
被 保 険 者 の 世 帯	<input type="checkbox"/> 世帯に被保険者がいない ※世帯に被保険者がいる場合は以下に記載		
	被保険者番号	氏名	
	被保険者番号	氏名	
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	取得	<input type="checkbox"/> 障害認定 <input type="checkbox"/> 生保廃止・停止 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	喪失	<input type="checkbox"/> 障害撤回 <input type="checkbox"/> 障害不該当 <input type="checkbox"/> 生保開始・停解 <input type="checkbox"/> 死亡（住特者） <input type="checkbox"/> 他広域住所地特例適用 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	変更	<input type="checkbox"/> 障害有期更新 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
マイナンバーカード の保険証利用登録	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※マイナンバーカードは、有効期限内かつ電子証明書（5年毎に更新が必要）が有効であるものに限ります。		
<p>福島県後期高齢者医療広域連合長</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて（申請・届出）します。</p> <p>令和 年 月 日</p>			

※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	決定年月日	令和 年 月 日	
	障 害 の 程 度	身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級	精神障害者手帳	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級
		障害年金証書	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級	療育手帳	<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2
有効期限の有無	<input type="checkbox"/> 期限なし <input type="checkbox"/> 有期： 令和 年 月 日まで				
処 理 欄	資 格 確 認 書 等	交付（未・済）	令和 年 月 日	（即時・郵送）	
		回収（未・済）	令和 年 月 日		
		電算処理（未・済）	令和 年 月 日		
備考			入力	確認	
			市町村名		

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	後期 太郎	本人との関係	本人
届出者住所	福島県福島市中町8-2	連絡先電話番号	024-563-3310

被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	
被保険者	フリガナ	コウキ タロウ	性別	男・女
	氏名	後期 太郎	生年月日	大・昭 35年 1月 1日
	住所	〒 960-8043 福島県福島市中町8-2		
	現加入保険 (障害認定のみ)	記号 123	番号 4567	被保険者、組合員 又は世帯主の氏名 後期 花子
	保険者の名称	〇〇健康保険組合	保険者番号 1 2 3 4 5 6 7 8	
世帯主	<input type="checkbox"/> 上記被保険者と同じ ※上記被保険者と異なる場合は以下に記載			
	世帯主との続柄	父	個人番号	2 1 0 9 8 7 6 5 4 3 2 1
	フリガナ	コウキ コタロウ	性別	男・女
世帯の被保険者	氏名	後期 子太郎	生年月日	大・昭・平 55年 2月 1日
	<input type="checkbox"/> 世帯に被保険者がいない ※世帯に被保険者がいる場合は以下に記載			
	被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 8	氏名	後期 花子
被保険者番号		氏名		
異動年月日	令和 7年 1月 1日			
資格得喪年月日	令和 7年 1月 1日			
異動事由	取得	<input checked="" type="checkbox"/> 障害認定 <input type="checkbox"/> 生保廃止・停止 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	喪失	<input type="checkbox"/> 障害撤回 <input type="checkbox"/> 障害不該当 <input type="checkbox"/> 生保開始・停解 <input type="checkbox"/> 死亡（住特者） <input type="checkbox"/> 他広域住所地特例適用 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	変更	<input type="checkbox"/> 障害有期更新 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
マイナンバーカード の保険証利用登録	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 ※マイナンバーカードは、有効期限内かつ電子証明書（5年毎に更新が必要）が有効であるものに限ります。			
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 6年 12月 20日				

※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	決定年月日	令和 6年 12月 24日	
	障害の程度	身体障害者手帳	<input checked="" type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級	精神障害者手帳	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級
		障害年金証書	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級	療育手帳	<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2
有効期限の有無	<input type="checkbox"/> 期限なし <input checked="" type="checkbox"/> 有期： 令和 8年 2月 28日まで				
処理欄	資格確認書等	交付（未・済） 令和 7年 1月 1日（即時 郵送） 記入不要 電算処理（未・済） 令和 6年 12月 24日			
	備考			入力 福島 確認 広域 市町村名 ●●市	