

受付印

後期高齢者医療資格取得（変更・喪失）届及び障害認定申請書

被保険者番号								
事由発生年月日	年 月 日							
異動年月日	(年 月 日)							
事由	1 新規届出（申請） <input type="checkbox"/> 広域外（県外）転入 <input type="checkbox"/> 障害認定 <input type="checkbox"/> 生活保護廃止 <input type="checkbox"/> その他 ()		2 変更届出 <input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 広域内転出入 <input type="checkbox"/> 同一市町内転居 <input type="checkbox"/> その他 ()			3 喪失届出 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 広域外（県外）転出 <input type="checkbox"/> 生活保護開始 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	マイナンバーカード (※)の健康保険証 <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年ごとに更新が必要）が有効であるものに限ります。

	新規（変更・喪失）	変更前
フリガナ		
氏名		男・女
個人番号		
生年月日	明・大・昭 年 月 日	
住所 (方書・施設名等)		
添付書類	<input type="checkbox"/> 国民年金証書 () <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 () <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療負担区分等証明書 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 () <input type="checkbox"/> その他 ()	

愛媛県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり関係書類を添えて（申請・届出）します。

年 月 日

住所

申請者 氏名

(本人との関係:)

連絡先(電話)

証 処 理	交付：窓口・郵送 (/)
	回収：済・未 (/)
	<本人確認> 書類名： 番 号：

<p><返還誓約書> この度、資格確認書がないため提出できませんが、発見した時には、直ちに返還します。また、紛失等で返還ができなかった資格確認書による診療については、貴広域連合に負担をかけることを誓約します。 年 月 日 氏 名</p>
--

備考	
----	--

保険料未納	保険料清算	葬 祭 費	受 付	入 力	広域確認
有・無	済・未	済・未 (/)			