

後期高齢者医療

障害認定申請書
 障害認定申請撤回届書
 障害状態不該当届書
 被保険者資格届書

年 月 日

長野県後期高齢者医療広域連合長 宛

住所
 届出(申請)者 氏名
 電話

高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第8条・第10条・第11条・第12条・第22条・第23条・第23条の2・第24条・第25条・第26条の規定により、関係書類を添えて届け出(申請)します。

届出(申請)に係る者等	新規(変更・喪失)	変更前	事由 (該当項目に☑)
被保険者番号			1資格取得 <input type="checkbox"/> 75歳に到達 <input type="checkbox"/> 他の広域連合からの転入 <input type="checkbox"/> 障害認定の申請 <input type="checkbox"/> その他() 資格取得年月日 (年 月 日) 2変更 <input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 住所の変更 <input type="checkbox"/> 同一市町村内の転居 <input type="checkbox"/> 個人番号の変更 <input type="checkbox"/> 世帯主の変更 <input type="checkbox"/> 住所地特例の適用 <input type="checkbox"/> 継続住所変更 <input type="checkbox"/> その他() 変更年月日 (年 月 日) 3資格喪失 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 他広域連合の区域へ転出 <input type="checkbox"/> 障害認定申請の撤回 <input type="checkbox"/> 障害不該当(年 月 日) <input type="checkbox"/> その他() 資格喪失年月日 (年 月 日)
個人番号			
フリガナ		続柄	
氏名			
生年月日	年 月 日		
住所 (病院等の名称及び住所)			
フリガナ			
世帯主氏名			
世帯主生年月日	年 月 日		
同一世帯内の被保険者の被保険者番号及び氏名			
障害の状態	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"/> 精神障害者保健福祉手帳() <input type="checkbox"/> 療育手帳() <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 転入前広域連合長の障害認定証明書 <input type="checkbox"/> その他()		