

受付日

(表)

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	

	新規（変更・喪失）	変更前
フリガナ		
氏名		性別
個人番号		
マイナンバー カード（※）の 健康保険証利用 登録の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
生年月日	年 月 日	
住所		
申請区分	<input type="checkbox"/> 新規申請・ <input type="checkbox"/> 継続申請・ <input type="checkbox"/> 転入申請・ <input type="checkbox"/> その他申請	
申請事由	<input type="checkbox"/> 新規に障害認定されたため <input type="checkbox"/> 老人保健からの障害認定継続のため <input type="checkbox"/> 障害認定が継続されたため <input type="checkbox"/> 転入前に障害認定されたため <input type="checkbox"/> その他の理由により障害認定されたため	
所有手帳又は 証書種類	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> A1・ <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> 精神障害者手帳 <input type="checkbox"/> 1級・ <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 国民年金証書 <input type="checkbox"/> 1級・ <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> その他 []	
	障害の程度 []	
大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛 上記のとおり関係書類を添えて申請いたします。 年 月 日		
被保険者番号		資格取得（変更・喪失）年月日 年 月 日

(裏)

※ 即日交付を必要とするやむを得ない理由

・数日中に受診予定あり 年 月 日受診
医療機関名 ()

・入院又は入所中のため 病院・施設名 ()
入院・入所日 年 月 日から

・その他やむを得ない理由 (具体的理由)

()

※ 本人確認欄

運転免許証 パスポート 賦課決定通知書 納入通知書 住基カード
在留カード・特別永住者証明書 障害者手帳 個人番号カード
その他 ()

処理者	確認者	証発行者