

## 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		
※ 生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	
※ 住所		
申請区分		
申請事由		
※ 個人番号カードの健康保険証利用登録の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
所有手帳又は証書種類		
(宛先) 千葉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）いたします。		
年 月 日		

※の箇所を記入してください。