

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			
<p>（宛先）千葉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）いたします。</p> <p>年 月 日</p>				

※の箇所を記入してください。