

様式第1号(第2条関係)

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		
個人番号		
生 年 月 日		
住 所		
申 請 区 分		
申 請 事 由		
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	
所有手帳又は証書種類		
被保険者番号		資格取得(変更・喪失)年月日
年    月    日		
<p>島根県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて(申請・届出)します。</p> <p style="text-align: center;">年    月    日</p>		

※マイナンバーカードは、有効期限内かつ電子証明書(5年毎に更新が必要)が有効であるものに限りま。