

様式第1号（第2条関係）

後期高齢者医療障害認定申請書（新規・更新）

太枠の中を記入してください。

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

被保険者番号		個人番号	
(フリガナ) 氏名	.....		
生年月日	年	月	日
住所	広島県		
医療保険の加入状況	(被保険者、組合員又は世帯主の氏名)		(記号番号)
	(保険者の名称)		(保険者番号)
認定希望日(更新日)	年	月	日
障害の状況	次の書類のとおり。 国民年金証書 ( <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 ) 身体障害者手帳 ( <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 4級 (下肢 <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 3号 <input type="checkbox"/> 4号 <input type="checkbox"/> 音声・言語)) 精神障害者保健福祉手帳 ( <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 ) 療育手帳 ( <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A )		
	<input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 転入前の都道府県後期高齢者医療広域連合長の障害認定証明書 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
広島県後期高齢者医療広域連合長様 上記のとおり、関係書類を添えて、法第50条第2号の障害認定を申請します。 年 月 日			

被保険者証送付日	年 月 日	被保険者証を受領しました。 (サイン)	
被保険者証回収日	年 月 日		
システム入力者	システム確認者	確認書類 免許証・その他 ( )	
(備考)	<b>(窓口確認) <input type="checkbox"/>国民健康保険資格喪失の確認</b>		市区町受付印
<input type="checkbox"/> 減額認定証交付の必要性の確認 <input type="checkbox"/> 特定疾病証交付の必要性の確認 <input type="checkbox"/> 手帳等有効期限の確認 <input type="checkbox"/> (誓約書での更新申請時) 手帳等更新中であることの確認			