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			
後期加入前の医療保険	□健保組合等※右を記載 □国民健康保険 □後期高齢者医療保険 □適用除外者等	被保険者氏名（　　） 保 険 者 名（　　） 保険者番号（　　） 記 号 番 号（　　）	
認定希望日（更新日）	年　　月　　日		
マイナ保険証保有の有無	□　無 □　有　※マイナンバーカードが有効期限内かつ電子証明書が有効であるものに限ります。		
障害の状況	次の書類のとおり。 **国民年金証書**（　□１級　□２級　） **身体障害者手帳**（　□１級　□２級　□３級 ４級（下肢□１号　□３号 □４号　□音声･言語） **精神障害者保健福祉手帳**（　□１級　□２級　） **療　育　手　帳**（　□Ⓐ　□Ａ　）	□診　断　書 □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 □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

送付日　　年　　月　　日	システム入力者	システム確認者	（受領サイン）
回収日　　年　　月　　日			
種　別　□資格確認書 □資格情報通知書 □却下通知			確認書類　ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰｶｰﾄﾞ・免許証・その他（　　）

（備考）
□手帳等有効期限の確認　□更新を誓約書で受付した場合、手帳等更新申請済であることの確認
資料添付 又は 手帳等担当　　に後期担当　　が確認
□各申請の必要性の確認（特定疾病認定・長期入院該当認定・被扶養者届出・任意記載事項併記）
□後期加入前が国民健康保険の場合、国民健康保険の資格喪失

市区町受付印