

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。

窓口に来られた方	氏名	本人との関係
	連絡先	

被保険者番号		個人番号	
(フリガナ)		性別	
氏名		男・女	
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)	令和 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。 令和 年 月 日 申請者 住所 氏名 (印)			

被保険者証送付日	令和 年 月 日	被保険者証を受領しました。	
被保険者証回収日	令和 年 月 日	(サイン)	
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) (窓口確認) 国民健康保険資格喪失の確認

減額認定証交付の必要性の確認 特定疾病証交付の必要性の確認 手帳等有効期限の確認
 (誓約書での更新申請時) 手帳等更新中であることの確認

市区町受付印