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	年 月 日		
住所			
申請(届出)事由	☐ 障害認定 ☐ 障害認定不該当 ☐ その他（ ）		
マイナンバーカード (※)の健康保険証 利用登録の有無	☐ 有 ☐ 無		
所有手帳又は 証書種類	次の書類のとおり ☐ 国民年金証書（ ） ☐ 身体障害者手帳（ ） ☐ 診断書 ☐ 他広域連合発行の障害認定証明書 ☐ その他（ ）		

岩手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（申請・届出）いたします。

年 月 日

※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。