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 | |  | |
| 届出人住所 |  | | 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 |  | | |  | |  |
| マイナンバーカード（※）の  健康保険証利用登録の有無 | □有　　　　　□無 | | |  | |  |
| 生年月日 |  | | |  | |  |
| 住所 |  | | |  | |  |
| 申請区分 |  | | |  | |  |
| 申請事由 |  | | |  | |  |
|  | | |  | |  |
| 所　有　手　帳又は証書種類 |  | | |  | |  |
| 認定(撤回)希望日 | 年　　月　　日 | 認定の場合：希望日＝資格取得日  撤回の場合：希望日＝資格喪失日の前日 | | | | |
| 和歌山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

あるものに限ります。