

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

届出人氏名		本人との関係	
届出人住所	連絡先電話番号		

被保険者番号								個人番号	
資格取得（変更・喪失）年月日	令和	年	月	日	世帯主からみた関係				
世帯主氏名									男・女
世帯主生年月日		年	月	日	世帯主個人番号				
同じ世帯で他に被保険者資格を有している方がいる場合の氏名及び被保険者番号									

※被保険者本人が世帯主の場合、世帯主情報欄は記入不要です。

	新規（変更・喪失）	変更前
フリガナ		
氏名		男・女
生年月日	昭和 年 月 日	
住所		
申請区分		
申請事由		
所有手帳又は証拠書類		
備考		
<p>（宛先）静岡県後期高齢者医療広域連合長</p> <p>上記のとおり、関係書類を添えて（申請・届出）いたします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 氏名</p>		

確認欄	受付	発行	確認	交付