

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
被保険者番号			
フリガナ			
氏名			
個人番号			
生年月日			
住所			
適用年月日			
申請区分			
申請事由			
マイナンバーカード（※）の健康保険証利用登録の有無	☐ 有 ☐ 無		
所有手帳又は証書書類			

東京都後期高齢者医療広域連合長宛

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。（用紙規格 A 4）