

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 | 奥多摩 太郎      | 本人との関係  | 本人               |
| 届出者住所   | 奥多摩町氷川●●●番地 | 連絡先電話番号 | ●●●●（●●●●●）●●●●● |

|                           |                                                       |  |       |
|---------------------------|-------------------------------------------------------|--|-------|
|                           | 新 規 （ 変 更 ・ 喪 失 ）                                     |  | 変 更 前 |
| 被保険者番号                    | 1 2 3 4 5 6 7 8                                       |  |       |
| フリガナ                      | オクタマ タロウ                                              |  |       |
| 氏 名                       | 奥多摩 太郎                                                |  |       |
| 個 人 番 号                   | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3                               |  |       |
| 生 年 月 日                   | 昭和 ●●年 ●●月 ●●日                                        |  |       |
| 住 所                       | 奥多摩町氷川●●●番地                                           |  |       |
| 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 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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。

令和●●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です。（用紙規格 A 4）