

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		
個人番号		
生年月日		
住 所		
申請区分		
申請事由		
個人番号カード 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		

（宛先）千葉県後期高齢者医療広域連合長

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