

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
（個人番号）		
被保険者番号		
フリガナ		
氏名		
生年月日	明・大・昭 年 月 日	
住所		
申請区分	新規・更新・変更・喪失	
申請事由		
所有手帳 または 証書書類	※手帳等の写しを裏面に貼付	
適用希望日	令和 年 月 日	
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		

認定 却下	適用（却下）日	受付者 入力者 再検者	受付印
	令和 年 月 日		

ここに手帳等の写しを付けてください

(住所氏名、障害等の程度、有効期間がわかる面を貼付してください)