

記入見本

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	練馬 太郎	本人との関係	夫
届出者住所	練馬区豊玉北6丁目12番1号	連絡先電話番号	03(3993)1111

	新規（変更・喪失）											変更前	
（個人番号）	1	2	3	4	2	3	4	5	3	4	5	6	
被保険者番号													
フリガナ	ネリマ ハナコ												
氏名	練馬花子												
生年月日	明・大 昭 ○○年 ○○月 ○○日												
住所	練馬区豊玉北6丁目12番1号												
申請区分	新規・更新・変更・喪失												
申請事由	身体障害者手帳												
	1級 のため												
所有手帳 または 証書書類	身体障害者手帳 ※手帳等の写しを添付												
適用希望日	△△年 △△月 △△日												

個人番号が不明の場合は空欄でも構いません。被保険者番号については、ご記入不要です。

申請の受理日以降の日付です。
未記入の場合は受理日となります。

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

申請日をご記入ください。