様式第1号

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		男・女	
個人番号			
生年月日	年　　月　　日		
住　　所	〒		
申請区分	1　資格取得	2　変更	3　喪失
申請事由	□75歳到達 □県外転入 □障害認定 □生保停廃止 □その他 (　　) 上記の事由発生年月日 (　　・　　・　　)	□氏名変更 □県内市町村転出入 □市町村内転居 □その他 (　　) 上記の事由発生年月日 (　　・　　・　　)	□死亡 □県外転出 □障害認定取り下げ □生保開始 □その他 (　　) 上記の事由発生年月日 (　　・　　・　　)
手帳の種類・等級 又は 証 書 種 類 等			

鳥取県後期高齢者医療広域連合長　様

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