

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	明治・大正・昭和 年 月 日			
住所	〒			
申請区分	1 資格取得	2 変更	3 喪失	
申請事由	<input type="checkbox"/> 75歳到達 <input type="checkbox"/> 県外転入 <input type="checkbox"/> 障害認定 <input type="checkbox"/> 生保停廃止 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 県内市町村転出入 <input type="checkbox"/> 市町村内転居 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 県外転出 <input type="checkbox"/> 障害認定取り下げ <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	上記の事由発生年月日 ( . . )	上記の事由発生年月日 ( . . )	上記の事由発生年月日 ( . . )	
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			
所有手帳又は証書種類				
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				

※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ます。