

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 () 上記の事由発生年月日 (. .)	<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 () 上記の事由発生年月日 (. .)	<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 (. .)

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

申請者 氏名

印