第１号様式（第２条及び第３条関係）

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

申請(届出)者名		被保険者との関係	
申請(届出)者 住　　所		電　話　番　号	

世帯主	氏　　名		個　人　番　号	
	生年月日	年　　月　　日	被保険者との続柄	

※　資格取得及び変更の届出で、被保険者が世帯主でない場合のみ、世帯主欄の記載が必要です。

		新規（変更・喪失）	変 更 前
被保険者番号			
被保険者	個人番号		
	フリガナ		
	氏　　名		
	生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日	
	住　　所		
異動年月日			
申請区分			
申請事由		□　転入　□　障害認定　□　生活保護廃止 □　氏名変更　□　住所変更 □　世帯変更（世帯主名　　） □　障害状態不該当 □　転出　□　死亡　□　生活保護開始 □　その他（　　）	
マイナンバーカード※の健康保険証利用登録の有無		□有　□無	
所有手帳又は 証書種類		□　国民年金証書　□　身体障害者手帳 □　精神保健福祉手帳　□　療育手帳 □　障害認定証明書　□　診断書 No.　（　　級） 交付日　年　月　日 有効期限　年　月　日 等級変更日　年　月　日 作成日　年　月　日	

（宛先）京都府後期高齢者医療広域連合長

上記のとおり関係書類を添えて（申請・届出）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。