

# 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

新 規 （ 変 更 ・ 喪 失 ）

被保険者番号					個人番号				
氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ				生年月日				性別
					明治・大正・昭和 年 月 日				男・女
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ								
申請区分	申請事由								
新 規	<input type="checkbox"/> 転入（証明添付）			<input type="checkbox"/> 年齢到達			<input type="checkbox"/> その他取得（ ）		
	<input type="checkbox"/> 適用除外解除（住特）			<input type="checkbox"/> 生保廃止（連絡票添付）			<input type="checkbox"/> 帰化（資格取得）		
	<input type="checkbox"/> 入国 <span style="font-size: 2em;">}</span> <span style="font-size: 2em;">[</span> <input type="checkbox"/> 在留資格 <input type="checkbox"/> 特定活動（ ） <input type="checkbox"/> 特定活動以外								
変 更	<input type="checkbox"/> 転居			<input type="checkbox"/> 住所表示・氏名変更			<input type="checkbox"/> 帰化（資格変更）		
	<input type="checkbox"/> 住所地特例適用			<input type="checkbox"/> 住所地特例変更			<input type="checkbox"/> 住所地特例解除		
	<input type="checkbox"/> 住所地特例適用取下			<input type="checkbox"/> 生保回避（証明添付）			<input type="checkbox"/> その他変更（ ）		
喪 失	<input type="checkbox"/> 死亡			<input type="checkbox"/> 国籍喪失			<input type="checkbox"/> 失踪		
	<input type="checkbox"/> 転出（証明交付）			<input type="checkbox"/> 出国			<input type="checkbox"/> その他喪失		
	<input type="checkbox"/> 適用除外（住特）			<input type="checkbox"/> 生保開始			・ 障害認定不該当		
	<input type="checkbox"/> 障害認定撤回						・ 上記以外（ ）		
障害認定申請	<input type="checkbox"/> 新規認定（書類添付）				<input type="checkbox"/> 継続認定（書類添付）				
	<input type="checkbox"/> 転入前認定（証明書添付）				<input type="checkbox"/> その他（ ）				
所有手帳及び 証書種類	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳				<input type="checkbox"/> 療育（愛護）手帳				
	<input type="checkbox"/> 国民年金証書				<input type="checkbox"/> その他の年金証書等				
	<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（有効期限： 年 月 日 ～ 年 月 日）								
異動年月日	年 月 日								

（あて先）愛知県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・届出いたします。

年 月 日

申請者 住 所  代理人と同じ

氏 名 \_\_\_\_\_ 連絡先 ( ) \_\_\_\_\_

被保険者若しくは世帯主以外が申請する場合は以下の欄にも記入をして下さい。

代 理 人 (住所) \_\_\_\_\_ (氏名) \_\_\_\_\_

(連絡先) \_\_\_\_\_ (被保険者との関係)  配偶者  子  その他 ( ) \_\_\_\_\_

私は上記の者を代理人と定め、申請・届出・保険証の受領にかかる手続きについて委任します。

被 保 険 者 (住所) \_\_\_\_\_

(氏名) \_\_\_\_\_ 連絡先 ( ) \_\_\_\_\_

申請(届出)省略 **別添公簿確認により、届出省略（公簿の写しを添付のこと。）**

※処理欄

申請者確認	個人番号カード・運転免許証・パスポート・在留カード・特別永住者証明書・身体障害者手帳・その他（ ） 保険証・年金手帳・年金証書・介護保険証・雇用保険受給資格者証・キャッシュカード・預金通帳・生活保護受給証明書・クレジットカード・社員証・診察券・その他（ ）							
共通	<input type="checkbox"/> 保険料に関する説明（期割・徴収方法・前住地との切分） <input type="checkbox"/> 異動届の写し・連絡票・各種証明等の根拠書類の添付							
域外転入	<input type="checkbox"/> 負担区分等証明（無 → 要照会・有 → 要入力） <input type="checkbox"/> 障害・特疾証明（無 → 要照会・有 → 要入力） <input type="checkbox"/> 適用除外の確認（無・生保適用・住特適用・在留期間 → 要入力） <input type="checkbox"/> 負担区分の説明・基準収入額適用申請勧奨 <input type="checkbox"/> 証引渡し時期と方法の説明（即時交付・後日交付） <input type="checkbox"/> 前住地への所得照会							
・ 域内転入 ・ 市町村内異動 ・ 世帯変更	<input type="checkbox"/> 負担区分の説明・基準収入額適用申請勧奨（既存世帯員を含む） <input type="checkbox"/> 証引渡し時期と方法の説明（即時交付・後日交付） <input type="checkbox"/> 旧証の回収（「手続中」押印、案内文添付・回収 → 要入力）							
域内転出	<input type="checkbox"/> 負担区分の説明・基準収入額適用申請勧奨（世帯に残る被保険者） <input type="checkbox"/> 旧証の処理（「手続中」押印、案内文添付・回収 → 要入力）							
域外転出	<input type="checkbox"/> 住所地特例の確認（一般住所・特例適用 → 要入力） <input type="checkbox"/> 証明の交付（負担区分・障害認定・特定疾病） <input type="checkbox"/> 旧証の回収（「手続中」押印、案内文添付・回収 → 要入力） <input type="checkbox"/> 負担区分説明・基準収入額適用申請（世帯に残る被保険者）							
死亡	<input type="checkbox"/> 証回収（要入力） <input type="checkbox"/> 葬祭費の案内 <input type="checkbox"/> 代理人口座確認 <input type="checkbox"/> 相続人への給付説明							
受付者	住基連携日	住基連携者	入力日	入力者	証交付日	証処理	証回収	前住地照会発送日
					月 日 窓口・郵送	月 日 手続中	月 日 回収・入力	負担区分照会 月 日 障害認定照会 月 日 特疾認定照会 月 日

**窓口で保険証交付時は、裏面記入要**

Lined area for text entry.

被保険者証受領書

本日、窓口にて後期高齢者医療被保険者証を受け取りました。

令和 年 月 日

受領者氏名

