

様式第1号（第2条関係）

後期高齢者医療障害認定申請書

届出者名		本人との関係	
連絡先電話番号			

被保険者番号		個人番号	
フリガナ			
氏名			男・女
生年月日	年 月 日		
住所			
申請事由	☐ 新規 ☐ 継続 ☐ 転入 ☐ その他		
所有手帳 又は証書種類	☐ 国民年金証書（ 級） ☐ 身体障害者手帳（ 級） ☐ 精神障害者保健福祉手帳（ 級） ☐ 療育手帳（ ） ☐ その他（ ）		
その他	☐ 市町村国保 ☐ 市町村国保以外（下記に医療保険状況を記入してください） 保険者名（ ） 保険者番号（ ） 被保険者証記号番号（ ） ☐ 被用者保険被扶養者該当（該当の場合チェック）		

山形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します。

年 月 日

申請者 氏名 _____ 印