

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	
届出者住所		連絡先電話番号	

被 保 険 者 番 号									
資格取得・変更年月日	年 月 日								
喪 失 年 月 日	年 月 日								
世 帯 主 氏 名	男 ・ 女								
世 帯 主 生 年 月 日				世帯主との続柄					
同じ世帯で他に被保険者資格を有している方がいる場合の氏名及び被保険者番号									

	新規（変更・喪失）		変更前
フリガナ			
氏 名			
個 人 番 号			
生 年 月 日	年 月 日		年 月 日
住 所			
申 請 区 分			
申 請 事 由			
所有手帳又は証書種類			

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて
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 住所

氏名