

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

届出者氏名		被保険者との関係	
連絡先電話番号	自宅・携帯・職場（ ） ー		

新規（変更・喪失）			
被保険者番号	個人番号	性別	男・女
フリガナ	生年月日		
氏名	年 月 日		
住所			
マイナンバーカード（※）の健康保険証利用登録の有無		□ 有 □ 無	
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 <input type="checkbox"/> 在留期間更新 <input type="checkbox"/> 在留資格変更		
	日本の国籍を有しない者 在留期間： 年 月 日 ～ 年 月 日 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・個人番号変更 <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（ ）		
	<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"/> 在留資格変更 <input type="checkbox"/> ・障害認定不該当 <input type="checkbox"/> 障害認定撤回 <input type="checkbox"/> 生保開始 <input type="checkbox"/> ・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		

※ 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。

愛知県後期高齢者医療広域連合長 殿

上記のとおり関係書類を添えて申請・届出いたします。

本人申請(届出)

年 月 日

申請者 氏名

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								
○ 共通								
<input type="checkbox"/> 届出人本人確認（無・有 → ）								
<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								
<input type="checkbox"/> 資格確認書・資格情報のお知らせに関する説明								
○ 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								
<input type="checkbox"/> 他広域住所地特例対象者でないことの確認								
○ 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

Lined area for writing.

資格確認書受領書

本日、窓口にて後期高齢者医療資格確認書を受け取りました。

年 月 日

受領者氏名