

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	豊田 花子 (窓口に来た人又は記入者)	本人との関係	本人・ その他 (妻)
連絡先電話番号	自宅 携帯・職場 (●●●●) ■■-▲▲▲▲		

新規 (変更 ・ 喪失)					
被保険者番号	01234567 (8桁)	個人番号	XXXXXXXXXXXX	性別	男 ・ 女
フリガナ	トヨタ タロウ		生 年 月 日		
氏 名	豊田 太郎 (被保険者)		明治・大正・ 昭和 ●●年 ■■月 ▲▲日		
住 所	豊田市 西町3丁目60番地 (被保険者の住所)				
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 (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	平成 年 月 日				

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) 令和●●年 ■■月 ▲▲日

*本人又は世帯主以外の場合は裏面(委任欄)記載

申請者 氏名 豊田 花子 (記入者) (印)

*窓口に来た人が本人・世帯主以外の場合は、裏面〔委任欄〕の記載が必要です。(別紙様式 委任状可)

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

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 豊田 花子 (印)

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

〔 委任欄 〕

愛知県後期高齢者医療広域連合長 殿

表面手続きと被保険者証の受領を委任します。(別紙様式 委任状可)

委任者 (被保険者)	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 表面に同じ		
	氏名	豊田太郎 (印) (被保険者) 本人の署名又は記名・押印が必要です	生年月日	明治 大正 ●●年 ■■月 ▲▲日 (昭利)
受任者 (窓口に来た人)	住所	豊田市西町3丁目60番地 (窓口に来た人又は記入者の住所)		
	氏名	豊田花子 (印) (窓口に来た人又は記入者) 本人の署名又は記名・押印が必要です	生年月日	大正 (昭利) ●●年 ■■月 ▲▲日 平成
	委任者との関係	(親族) (続柄 妻) ・担当民生委員・近隣協力者・友人 施設職員・ケアマネジャー・その他 ()		
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 ()			
	健康保険被保険者証・年金手帳・年金証書・介護保険被保険者証 生活保護受給証明書・雇用保険受給資格者証・その他 () ※その他については、名前と生年月日又は住所の明記のあるもの			

※処理欄

- 共通
 - 届出人本人確認 (無 ・ 有 →)
 - 保険料に関する説明 (期割 ・ 徴収方法 ・ 前住地との切分)
 - 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
 - 負担区分等証明 (無 → 要照会 ・ 有 → 要入力)
 - 障害・特疾証明 (無 → 要照会 ・ 有 → 要入力)
 - 適用除外の確認 (無 ・ 生保適用 ・ 住特適用 ・ 在留期間 → 要入力)
 - 負担区分の説明・基準収入額適用申請勧奨
 - 証引渡し時期と方法の説明 (即時交付 ・ 後日交付)
 - 前住地への所得照会
- 域内転入・市町村内異動・世帯変更
 - 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)
 - 証引渡し時期と方法の説明 (即時交付 ・ 後日交付)
 - 旧証の回収 (「手続中」押印、案内文添付 ・ 回収 → 要入力)
- 域内転出
 - 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)
 - 旧証の処理 (「手続中」押印、案内文添付 ・ 回収 → 要入力)
- 域外転出
 - 住所地特例の確認 (一般住所 ・ 特例適用 → 要入力)
 - 証明の交付 (負担区分 ・ 障害認定 ・ 特定疾病)
 - 旧証の回収 (「手続中」押印、案内文添付 ・ 回収 → 要入力)
 - 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
 - 証回収 (要入力)
 - 代理人口座確認
 - 葬祭費の案内
 - 相続人への給付説明