

記入例

則第2条－第6条関係)

R7.12 改訂版

受付印

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 太郎	本人との関係	本人、その他（ ）
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
フリガナ	トヨタ タロウ	性別	男 女
氏名	豊田 太郎	生年月日	明治・大正・昭和 ○○年 □□月 △△日
住所	豊田市 西町3丁目60番地		
マイナンバーカード（※）の健康保険証利用登録の有無		<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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： 年 月 日 ～ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 在留期間更新 <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・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（ ）		
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"/> 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 級 <input type="checkbox"/> 療育（愛護）手帳 A <input type="checkbox"/> 国民年金証書（障がい） 級 <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 級（有効期限： 年 月 日 ～ 年 月 日）		
異動年月日	令和 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 令和 ●●年 ■■月 ▲▲日(届出) 申請者 氏名 豊田 太郎
(記入者)

※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)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。）

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。

令和 ●●年 ■■月 ▲▲日

受領者氏名 豊田 太郎

受付者	住基事務所	住基事務者	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	負担分照会 月 日 障害認定照会 月 日 特死認定照会 月 日

〔 委任欄 〕

愛知県後期高齢者医療広域連合長 殿

表面手続きと資格確認書等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 type="checkbox"/> 表面の住所に同じ		
	氏名	<div>印</div> 自署の場合は押印不要	生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日
受任者 (窓口に来た人)	住所			
	氏名		生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日
	委任者との関係	親族(続柄)・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・運転経歴証明書・パスポート・特別永住者証明書 在留カード・身体障がい者手帳・精神障がい者保健福祉手帳・療育手帳・その他()			
	健康保険資格確認書・年金手帳・年金証書・介護保険被保険者証 介護保険負担割合証・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

<div><div>○ 共通</div><div><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</div></div> <div><div>○ 域外転入</div><div><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</div></div> <div><div>○ 域内転入・市町村内在動・世帯変更</div><div><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)</div></div> <div><div>○ 域内転出</div><div><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)</div></div> <div><div>○ 域外転出</div><div><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)</div></div> <div><div>○ 死亡</div><div><div><input type="checkbox"/> 証回収(要入力) <input type="checkbox"/> 代理人口座確認</div><div><input type="checkbox"/> 葬祭費の案内 <input type="checkbox"/> 相続人への給付説明</div></div></div>
--