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		
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（ ）	
医療保険の状況	☐ 国保 ☐ 国保以外（下記に医療保険状況を記入ください） 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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿