

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

| | | | |
|-------|--|---------|--|
| 届出者名 | | 本人との関係 | |
| 届出者住所 | | 連絡先電話番号 | |

| | 新規（変更・喪失） | 変更前 |
|------------|-----------|-----|
| 被保険者番号 | | |
| フリガナ | | |
| 氏名 | | |
| 個人番号 | | |
| 生年月日 | | |
| 住所 | | |
| 適用年月日 | | |
| 申請区分 | | |
| 申請事由 | | |
| | | |
| 所有手帳又は証書書類 | | |

東京都後期高齢者医療広域連合長宛

上記のとおり関係書類を添えて（申請・届出）いたします。

年 月 日