

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			
マイナンバーカード （※）の健康保険証 利 用 登 録 の 有 無	☐ 有 ☐ 無		
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

※ 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です。 （用紙規格 A 4）