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	
届　出　者　住　所		連絡先電話番号	

フ リ ガ ナ			
氏　　名		性 別	
個 人 番 号			
生 年 月 日			
住　所	高知市		
申 請 区 分	新規【 資格取得日　令和　　年　　月　　日 】・ 更新		
申 請 事 由	新規に障害認定申請するため　・　障害者手帳等を更新したため		
マイナンバーカード（※）の健康保険証利用登録の有無	□　有　　□　無		
所有手帳又は証書種類	□　身体障害者手帳　　級 □　精神障害者手帳　　級 □　療　育　手　帳　　A1 ／ A2 □　国 民 年 金 証 書　　級 □　障害種別その他（　　）		

高知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。

令和　　年　　月　　日

申 請 者　　氏 名

※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す。

◎保険医療課処理欄

被保険者番号		関係部署案内	交付情報					チェック
手帳等有効期限	無 ／ 有 ： 令和　　年　　月　　日	□　国保 □　障がい福祉課 （※身障1･2級又は療育→46受給者か確認）	資格確認書交付　要・不要 任意記載事項　要・不要 □　自己負担限度額の区分 □特定疾病区分					
後期有効期限（手帳期限3ヶ月後）	無 ／ 有 ： 令和　　年　　月　　日	負担区分（　　年度）	資格確認書	発効期日	窓口郵送	交付者印		
□ 広域データ：有　・　無（送信：　／　）⇒ 特記入力･済		□ 一定Ⅰ･一定Ⅱ･一定Ⅲ □ 一般Ⅰ･一般Ⅱ □ 区分Ⅰ □ 区分Ⅱ （未申告者　無　・　有）		／	／			
□ 保険料説明済 □ 月途中に加入 →前保険と両方の限度額まで自己負担あり □ 資格取得日に前保険での外来受診なし （※前保険で外来受診した日は後期加入不可） □ 国保の減額証：　無　・　有（後期説明:未･済） □ 国保の口座振替:無　・　有　（後期案内 未･済） □ 65歳の誕生月に加入で入院中の場合，療養病床でないか確認 □ 障害名「じん臓機能障害」→ 特定疾病申請		届出者本人確認 □保険証　□身障手帳 □免許証　□職員証	特定疾病	発効期日	窓口郵送	交付者印		
				／	／			