

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	多摩 太郎	本人との関係	本人
届出者住所	多摩市関戸6-12-1	連絡先電話番号	000-000-0000

	新規（変更・喪失）	変更前
被保険者番号	※空欄	
フリガナ	タマ タロウ	
氏名	多摩 太郎	
個人番号	※12桁のマイナンバー（不明な場合は空欄可）	
生年月日	昭和〇年〇月〇日	
住所	多摩市関戸6-12-1	
適用年月日	※空欄	
申請区分	※空欄	
申請事由	※空欄	
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	※空欄	

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。

令和〇年〇月〇日