

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

本人の氏名・住所を記載

	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	
	※空欄	
所有手帳又は証書書類	※空欄	

本人の氏名を記載

本人の生年月日・住所を記載

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 申請日を記載