

記入見本

(関係)

後期高齢者医療障害認定申請書及び資格取得(変

届出をする方について
記入してください

届出者名	日野 一郎	本人との関係	長男
届出者住所	日野市日野●●●●	連絡先電話番号	042-●●●●-●●●●

	新規(変更・喪失)	加入する方について 記入してください
被保険者番号		
フリガナ	ヒノ タロウ	個人番号(マイナンバー) を記入してください
氏名	日野 太郎	
個人番号	123456789012	
生年月日	1年 1月 1日	
住所	日野市神明●丁目●の●	
適用年月日	■年 ■月 ■日	
申請区分	障害認定	
申請事由	新規に障害認定されたため	
	医師の意見書より障害と判断されたため	
所有手帳又は証書類	身体障害者手帳1級	

訂正するときは、二本線で消した横に届出者のサイン(フルネーム)し、正しい内容を記入してください。
※修正液等は使わないでください。

例) 届出者が日野一郎、住所を3丁目から1丁目に訂正する場合

日野市神明 ~~3丁目~~ 1丁目
日野 一郎

東京都後期高齢者医療

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

届出をする日を記入してください