

様式第1号

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 |
|---|---|-----|
| フリガナ  |   |     |
| 氏名  |   |     |
| 個人番号  |   |     |
| 生年月日  |   |     |
| 住所  |   |     |
| 申請区分  |   |     |
| 申請事由  |   |     |
| マイナンバーカード<br>(※)の健康保険証<br>利用登録の有無                             | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |     |
| 所有手帳又は証書種類  |   |     |
| (あて先) 群馬県後期高齢者医療広域連合長<br>上記のとおり関係書類を添えて(申請・届出)いたします。<br>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ま