

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
被保険者番号		
フリガナ		
氏名		
個人番号		
生年月日		
住所		
適用年月日		
申請区分		
申請事由		
マイナンバーカード （※）の健康保険証 利用登録の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
所有手帳又は証書書類		

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 年 月 日