

後期高齢者医療障害認定申請書

届 出 者 名		本人との関係	
届 出 者 住 所		連 絡 先 電 話 番 号	

フリガナ			
氏 名		性別	
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(※)の健康保険証利用登録の有無	☐ 有 ☐ 無		
所 有 手 帳 又 は 証 書 種 類			

高知県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり関係書類を添えて申請します。

年 月 日

申 請 者 氏 名

※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です。