

捨 印	
--------	--

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		
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

上記のとおり関係書類を添えて(申請・届出)いたします。

平成 年 月 日

申請者 住所

氏名

印

記入例

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

捨印 広域

届出者名	広域 次男	本人との関係	子
届出者住所	前橋市〇〇町1-3	連絡先電話番号	234-XXXX

	新規(変更・喪失)	変更前
フリガナ	コウイキ レンタロウ	
氏名	広域 連太郎	男
個人番号	123456789012	マイナンバーを記入
生年月日	昭和12年1月1日	
住所	前橋市〇〇町1-1	
申請区分	転出、転居、死亡、障害認定等の申請区分	
申請事由	具体的な内容を記入	
所有手帳又は証書種類	障害認定の場合、手帳の種類等を記入	

(あて先) 群馬県後期高齢者医療広域連合長

上記のとおり関係書類を添えて(申請・届出)いたします。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

申請者 住所 前橋市〇〇町1-1

氏名 広域 連太郎

申請者は被保険者です

広域