

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		
被保険者番号		
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	<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  
 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

※ 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す。