

様式第1号（第2条、第3条関係）

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	

被保険者番号 (8ケタ)		個人番号 (12ケタ)	
-----------------	--	----------------	--

	新規（変更・喪失）		変更前
フリガナ			
氏名		男・女	
生年月日	年 月 日		
住所			
申請区分			
申請事由			
所有手帳 又は 証書種類			
<p>滋賀県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて（申請・届出）いたします。</p> <p>年 月 日</p>			