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			

滋賀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・届出）いたします。

年　　月　　日