

新潟県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する規則による様式規程の一部を改正する規程を次のように定める。

令和7年3月18日

新潟県後期高齢者医療広域連合長 磯 田 達 伸



新潟県後期高齢者医療広域連合訓令第1号

新潟県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する規則による様式規程の一部を改正する規程

新潟県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する規則による様式規程（平成21年新潟県後期高齢者医療広域連合訓令第1号）の一部を次のように改正する。

様式第3号を次のように改める。

後期高齢者医療障害認定申請書												
被 保 険 者	被保険者番号											
	個人番号											
	フリガナ											
	氏名											
	生年月日	年 月 日生										
	居住地											
障 害 の 状 況		次の書類のとおり ☐ 国民年金証書 (級) ☐ 身体障害者手帳 (級) ※4級の場合 (号) ☐ 精神障害者保健福祉手帳 (級) ☐ 療育手帳 () ☐ その他 ()										
上記のとおり関係書類を添えて後期高齢者医療の障害認定を申請します。 年 月 日 申請者 住所 氏名 電話番号 (自署の場合は押印不要) 印												
(あて先) 新潟県後期高齢者医療広域連合長												

【委任欄】 後期高齢者医療資格確認書・資格情報のお知らせの受領を次の者に委任します。

年 月 日

委任する人 氏 名 ㊟（自署の場合は押印不要）

委任を受ける人 住 所

氏 名 （委任する人との関係）

電話番号

市町村処理欄	資格取得日	年 月 日
--------	-------	-------

附 則

この規程は、令和7年4月1日から施行する。

新潟県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する規則による様式規程 新旧対照表

新

旧

様式第3号

後期高齢者医療障害認定申請書											
被保険者番号											
個人番号											
フリガナ											
氏名											
生年月日		年		月		日		生			
居住地											
障害の状況		次の書類のとおり ☐ 国民年金証書 () 級 ☐ 身体障害者手帳 () 級 ☐ 第4級の場合 () 級 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 () 級 ☐ 療育手帳 () ☐ その他 ()									
上記のとおり関係書類を添えて後期高齢者医療の障害認定を申請します。											
年		月		日		申請者		住所		印	
氏名		氏名		氏名		氏名		氏名		(白書の場合は押印不要)	
電話番号		電話番号		電話番号		電話番号		電話番号		電話番号	
(あて先) 新潟県後期高齢者医療広域連合長											

【添付欄】 後期高齢者医療障害認定書・資格取得のお知らせの受領を次の受領者に委任します。											
年		月		日		氏名		住所		印	
委任する人		氏名		氏名		氏名		氏名		(白書の場合は押印不要)	
委任を受ける人		住所		住所		住所		住所		(委任する人との関係)	
氏名		氏名		氏名		氏名		氏名		(委任する人との関係)	
電話番号		電話番号		電話番号		電話番号		電話番号		電話番号	

市町村処理欄	資格取得日	年	月	日
--------	-------	---	---	---

様式第3号

後期高齢者医療障害認定申請書											
被保険者番号											
個人番号											
フリガナ											
氏名											
生年月日		年		月		日		生			
居住地											
障害の状況		次の書類のとおり ☐ 国民年金証書 () 級 ☐ 身体障害者手帳 () 級 ☐ 第4級の場合 () 級 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 () 級 ☐ 療育手帳 () ☐ その他 ()									
上記のとおり関係書類を添えて後期高齢者医療の障害認定を申請します。											
年		月		日		申請者		住所		印	
氏名		氏名		氏名		氏名		氏名		(白書の場合は押印不要)	
電話番号		電話番号		電話番号		電話番号		電話番号		電話番号	
(あて先) 新潟県後期高齢者医療広域連合長											

【添付欄】 後期高齢者医療障害認定書・資格取得のお知らせの受領を次の受領者に委任します。											
年		月		日		氏名		住所		印	
委任する人		氏名		氏名		氏名		氏名		(白書の場合は押印不要)	
委任を受ける人		住所		住所		住所		住所		(委任する人との関係)	
氏名		氏名		氏名		氏名		氏名		(委任する人との関係)	
電話番号		電話番号		電話番号		電話番号		電話番号		電話番号	

市町村処理欄	資格取得日	年	月	日
--------	-------	---	---	---