

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 (自署の場合は押印不要) ㊟ 電話番号 (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
--------	-------	-------