

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

【市使用欄】

受付印	資格入力	所得入力	MCWEL送信