様式第1号（第2条関係）

後期高齢者医療障害認定申請書

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先 電話番号	

フリガナ			
氏名		性別	
個人番号			
生年月日	年　月　日		
住所			
申請区分			
申請事由			
マイナンバーカード（※）の健康保険証利用登録の有無	□ 有　□ 無		
所有手帳又は証書種類			

高知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します。

年　月　日

申請者　氏名

※マイナンバーカードは、有効期限内かつ電子証明書（5年毎に更新が必要）が有効であるものに限ります。