

様式第2号（第2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	

	新規（変更・喪失）	変更前
フリガナ		
氏名		
生年月日		
住所		
申請区分		
申請事由		
所有手帳又は証書種類		

被保険者番号		資格取得（変更・喪失）年月日	年 月 日
--------	--	----------------	-------

島根県後期高齢者医療広域連合長 殿

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

申請者 住所
氏名

印