

後期高齢者医療障害認定
 該当者・非該当者

届書

所属所受付印欄
受付印は省略不可

組合員氏名				所属所名						
組合員証番号				所属所コード						
該当・非該当者	区分	該 当	氏 名	生年月日	性別	後期高齢者医療被保険者証に関する事項			備考	
		非該当				保 險 者 番 号	発 行 機 関 名	被 保 險 者 番 号		(上段)資格取得年月日 (下段)有効期限又は 非該当年月日
	組合員	該 当		年 月 日	男・女				令和 年 月 日	
		非該当							令和 年 月 日	
	被扶養者	該 当		年 月 日	男・女				令和 年 月 日	
		非該当							令和 年 月 日	
		該 当		年 月 日	男・女				令和 年 月 日	
		非該当							令和 年 月 日	

上記のとおり届け出ます。

公立学校共済組合広島支部長

令和 年 月 日

届 出 者 氏 名

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 年 月 日

所 属 所 名

所 属 所 長 職名・氏名

- 1 該当者となった場合、後期高齢者医療制度の保険証の写しを添付してください。
- 2 非該当者となった場合、障害者加入認定撤回申請書等の写しを添付してください。