

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				
組合員等番号						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	
		別 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	
									令和 年 月 日	
		非該当		年 月 日	男・女				令和 年 月 日	
									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資格確認書等の写しを添付してください。
- 2 非該当者となった場合、後期高齢者医療被保険者資格喪失証明書等を添付してください。