

後期高齢者医療障害認定 該当者・非該当者 届書

組合員証 記号番号	公立茨城 第 号			フリガナ 組合員氏名 〔給与のゴム印〕		所属所名 所属コード 〔給与のゴム印〕					
該当・非該当	区分	該 非	当 該	フリガ ナ氏 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				
		保 險 者 番 号	発 機 関 名				被 保 険 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	備 考		
	組 合 員	該 非	当 該				男 女			年 月 日	
							男 女			年 月 日	
	被 扶 養 者	該 非	当 該	続柄()			男 女			年 月 日	
				続柄()			男 女			年 月 日	

上記のとおり届け出ます。

公立学校共済組合茨城支部長 殿

令和 年 月 日

住所
請求者
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

職名
所属所長
氏名 印

所属所所在地 (〒 -)

(電話番号)

(注) この届書を提出するときは「後期高齢者医療被保険者証」のコピーを添付してください。