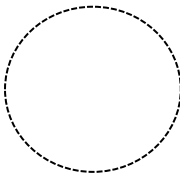


後期高齢者医療障害認定
該 当 者・非 該 当 者 届書



所属所受付印

組合員等 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	該 当	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 険 者 番 号	発 行 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	該 当			男 女				年 月 日	
									年 月 日		
	被 扶 養 者	該 非	該 当	続柄()		男 女				年 月 日	
										年 月 日	
		該 非	該 当	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
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

職 名
所属所長 氏 名 印

所属所所在地	(〒 -) (電話番号)
--------	------------------

(注) 1 組合員又は被扶養者について、65歳以上75歳未満であって、高齢者の医療の確保に関する法律施行令第3条で定める程度の障害の状態にある旨後期高齢者医療広域連合の認定を受けた場合又は非該当となった場合に提出してください。

2 該当の場合は、後期高齢者医療制度への加入及び加入日等が確認できる書類のコピーを添付してください。また、当共済組合から交付を受けている証等(資格確認書等)がある場合は返還してください。該当者本人が被扶養者の場合についてのみ、同時に被扶養者申告書(取消申告書)を提出してください。

3 非該当の場合は、後期高齢者医療制度の脱退及び脱退日等が確認できる書類のコピーを添付してください。