

後期高齢者医療障害認定

届 書

様式番号 5-7

該 当 者 ・ 非 該 当 者

組合員証記号番号			公 立 徳										組合員氏名					
該 当 ・ 非 該 当 者	区 分	該 当	氏 名	生年月日	性 別	後期高齢者医療保険証に関する事項								備 考				
		保 險 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										
	組 合 員	該 当		昭和	年	月	日	男				平成	年	月	日			
		・		平成	年	月	日	・				令和	年	月	日			
		非 該 当		令和	年	月	日	女										
被 扶 養 者	該 当		昭和	年	月	日	男				平成	年	月	日				
	・		平成	年	月	日	・				令和	年	月	日				
	非 該 当		平成	年	月	日	女											
	該 当		昭和	年	月	日	男				平成	年	月	日				
	・		平成	年	月	日	・				令和	年	月	日				
	非 該 当		平成	年	月	日	女											

上記のとおり届け出ます。

公立学校共済組合徳島支部長 殿

令和 年 月 日

届出者 氏 名 (自署の場合省略可)

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

所属所長 職 名

氏 名

所属所受付年月日

◆所属所の文書受付印の押印又は
受付印がない場合は、年月日、担当
者印を記入押印してください。

令和 年 月 日

2021.11更新

公立学校共済組合	受付欄
----------	-----