

## 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

組合員等 記号・番号		公立徳				組合員氏名					
区分 該当 組合員 非該当者 被扶養者	該当 別 非該当	氏名	生年月日	性別 男 女	後期高齢者医療保険証に関する事項						
					保険番号	発機関番号	行名	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
該当 ・ 非該当者 被扶養者	該当 ・ 非該当		昭和 平成 年 月 日	男 女				平成 年 月 日 令和 年 月 日			
			令和 年 月 日								
該当 ・ 非該当者 被扶養者	該当 ・ 非該当		昭和 年 月 日	男 女				平成 年 月 日 令和 年 月 日			
			平成 年 月 日								
該当 ・ 非該当者 被扶養者	該当 ・ 非該当		昭和 年 月 日	男 女				平成 年 月 日 令和 年 月 日			
			平成 年 月 日								

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

印

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

公立学校共済組合	受付欄
----------	-----

2021.11更新