

後期高齢者医療制度の被保険者にかかる資格確認書等返納書

様式番号

5-9

公立学校共済組合徳島支部長 殿 令和 年 月 日

所属コード (E _____)

所属所名

担当者

No.	組合員等 記号・番号	組合員・被扶養者 区分	組合員(被扶養者) 氏名	返却物 返却するものに <input checked="" type="checkbox"/>
1		<input type="checkbox"/> 組合員 <input type="checkbox"/> 被扶養者		<input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> その他()
2				
3				
4				
5				
6				
7				

(注) 資格確認書と高齢受給者証を併せて月単位で送付してください。

2025.12 更新