

後期高齢者医療被扶養者届出書

太枠の中を記入してください。

| | | | |
|-------|--|---------|--|
| 届出者名 | | 本人との関係 | |
| 届出者住所 | | 連絡先電話番号 | |

| | |
|--------|--|
| 被保険者番号 | |
|--------|--|

| | | | |
|--------------------|------------------|---|------------------|
| (フリガナ) 氏名 | | | |
| 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| 住所 (施設名及び施設所在地) | | | |
| 資格取得日の前日の医療保険の加入状況 | 被保険者又は組合員の氏名 | | |
| | 被保険者又は組合員の住所 | | |
| | 被保険者証又は組合員証の記号番号 | | 本人・扶養の区分 被扶養者 |
| | 資格喪失年月日 | 年 | 月 日 |
| | 保険者の名称 | | |
| | 保険者番号 | | |
| | 保険者の電話番号 | | |

広島県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、資格取得日の前日に被用者保険の被扶養者であったので、届け出ます。

年 月 日

| | | | | |
|---------|--|---------|--|--|
| システム入力者 | | システム確認者 | | |
|---------|--|---------|--|--|

| | | |
|------|--|----------|
| (備考) | | (市区町受付印) |
|------|--|----------|