

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			
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		
	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		
<p>広島県後期高齢者医療広域連合長 様</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p>			

システム入力者	システム確認者	(備考)

（市区町受付印）