

【記入例】

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	神石 太郎	本人との関係	本人
届出者住所	広島県神石郡神石高原町小島1701番地	連絡先電話番号	0847-89-3335

被保険者番号	12345678			
(フリガナ) 氏名	ジンセキ タロウ 神石 太郎			
生年月日	昭和10年1月1日			
住所	広島県神石郡神石高原町小島1701番地			
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	※現在加入している保険情報の分かるものを参照のうえ記入してください。		
	被保険者又は組合員の住所	※現在加入している保険情報の分かるものを参照のうえ記入してください。		
	記号番号	※現在加入している保険情報の分かるものを参照のうえ記入してください。	本人・扶養の区分	被扶養者
	資格喪失年月日	令和〇年〇月〇日		
	保険者の名称	※現在加入している保険情報の分かるものを参照のうえ記入してください。		
	保険者番号	※現在加入している保険情報の分かるものを参照のうえ記入してください。		
	保険者の電話番号	※現在加入している保険情報の分かるものを参照のうえ記入してください。		
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。				
令和〇年〇月〇日				

システム入力者	システム確認者	(備考)

市区町受付印