

後期高齢者(長寿)医療制度

(該当項目を○で囲む)

障 害 認 定 〔 該 当 ・ 不 該 当 〕 届

常務理事	事務長		係

◆被保険者氏名が自署以外（他人による手書き、印字、ゴム印など）の場合は、氏名欄に申請者の印を押捺して下さい。

被 保 険 者	被 保 険 者 証 記 号 一 番 号		氏 名				性 別		生 年 月 日	昭 平	年	月	日	資 年 格 取 得 日	昭 平	年	月	日
	—																	
障 害 認 定 に つ い て 届 け 出 る 者	氏 名				性 別		続 柄		生 年 月 日	大 昭 平	年	月	日	同 居 ・ 別 居	(別居の場合のみ住所を記入) 〒			
	該 当	後期高齢者医療広域連合の被保険者となった日										令和 年 月 日						
	不 該 当	7. 後期高齢者医療広域連合の被保険者資格を喪失した日 又は 4. 後期高齢者医療広域連合から障害認定辞退が認められた日										令和 年 月 日						

1. この届書には、該当・不該当の期日が明らかとなる書類
(後期高齢者医療広域連合が交付するもの、写可)を添付すること。
2. 障害認定について届け出る者が被保険者の場合、
氏名欄に「本人」と記入し、性別～同居別居欄は
省略して差し支えないこと。
3. 障害認定について届け出る者が被扶養者の場合、
被保険者との同居、別居について○で囲むこと。
別居の場合のみ被扶養者の住所を記入すること。
4. 「該当」の場合
被保険者は健康保険資格喪失届を提出すること。
被扶養者は健康保険被扶養者異動届を提出(削除)すること。
5. 「不該当7.」の場合
被保険者は健康保険資格取得届を提出すること。
被扶養者は健康保険被扶養者異動届を提出(加入)すること。

令和 年 月 日 提出

事 業 所	〒	
	所 在 地 及 び 名 称	
	事 業 主 氏 名	㊟