

## 後期高齢者医療制度移行に伴う被扶養者削除届

後期高齢者医療制度への移行手続きに必要な情報となりますので、漏れなく記入願います。

被 保 険 者 情 報	事業所名				所属	
	健康保険証 記号・番号	記号		番号	連絡先 電話番号	
	フリガナ				生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日
	氏名	印				

家 族 情 報	フリガナ				性別	男・女	続柄	
	氏名							
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生						
	異動事由 (該当に○をして下さい)	75歳以上に該当するため扶養者から削除						
		65歳以上で、一定の障害者認定を受けているため扶養者から削除 (注2)						
	異動発生日	平成 年 月 日						
住所情報	〒 □□□-□□□□							

(注1) 住所欄については家族の住民登録(住民票)がある住所を記入下さい。

特に住所情報(郵便番号)の記入漏れにご注意下さい。

(注2) 一定以上の障害のある方が後期高齢者医療制度に移行される場合は、

後期高齢者医療被保険者証の写を添付して下さい。

事業所受付印

健 保 組 合	常務理事	事務長	担当