

### 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。

全ての項目を漏れなく記入願います（記入不備等がある場合は手続きが行えません）

被保険者情報	事業所名	(株)リョーイン			所属	総務課	
	健康保険証 記号・番号	記号	2	番号	9999	連絡先 電話番号	8-30-0000
	フリガナ	ケンポ タロウ			生年月日	昭 平	40年3月3日
氏名	健保 太郎 <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">健保</span>						

家族情報	フリガナ	ケンポ ハナコ		性別	男	<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">女</span>	続柄	実母	
	氏名	健保 花子							
	生年月日	明治・大正		<span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">昭和</span>	8年	4月	8日	生	
	異動事由 (該当に○をして下さい)	<input type="radio"/>		75歳以上に該当するため扶養者から削除					
		<input type="radio"/>		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 <small>(注2)</small>					
異動発生日	平成 20 年 4 月 8 日								
住所情報	〒 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">8</span> - <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">0</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</span> 東京都港区港南○丁目○番○号								

特に記入漏れに注意

- (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