

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		
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。			
年 月 日			

システム入力者	システム確認者	(備考)

市区町受付印