

被扶養者確認申出書

年 月 日

後期高齢者医療制度 の被保険者 (特別措置対象者)	フリガナ			
	氏名			
	住所			
	生年月日	昭和・大正 明治	年	月 日
	被保険者 番号		電話番号	

後期高齢者医療制度の被保険者となる前日までの保険は、下記の被用者保険の被扶養者でした。

扶養に入っていた時の 保険内容	フリガナ			
	氏名 (※) <small>(扶養していた方)</small>			
	住所 <small>(扶養していた方)</small>	1. 上記に同じ		
	事業所名	TEL () -		
	保険者名 (※)	健康保険組合 ・ 年金事務所		
	保険者番号 (※)			
記号番号 (※)				

上記、保険の扶養から抜けた (資格を喪失した) 日 (※)

年	月	日
---	---	---

(※) は必須項目です

備 考			
-----	--	--	--

市区町村記入欄

市町村	担当者名	
保険者	担当者名	連絡先

広域連合記入欄

確 認	入 力