

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 (施設名及び施設所在地)	尾道市		

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			
	被保険者証又は組合員証の記号番号		本人・扶養の区分	被扶養者
	資格喪失年月日	令和	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。

令和 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)