

後期高齢者医療障害認定 該当者・非該当者 届書

| | | | | |
|----------------------|-----------|-----|---|-----|
| ※ 下記のとおり 受理する。 | 事務局 次長 | 班 長 | 班 | 主 査 |
| | | | | |


| | | | | | | | | | | |
|--|------------------|-----------------|---------------|------|-----------------|--|-----------------|--------------|-------------|-------------------------------------|
| 記号番号 | | 公立岡山 | | | (フリガナ) 組合員氏名 | | | | | |
| 該 当 者 ・ 非 該 当 者 | 区 分 | 該 当 別 非該当 | (フリガナ) 氏 名 | 生年月日 | | | 後期高齢者医療制度に関する事項 | | | |
| | | | | | | | 保険者 番 号 | 発 行 機 関 名 | 被保険者 番 号 | (上段)資格取得年月日 (下段)有効期限又は 非該当年月日 |
| | 組 合 員 | 該 当 ・ 非該当 | | | | | | | | 年 月 日) 年 月 日 |
| | 被 扶 養 者 | 該 当 ・ 非該当 | | | | | | | | 年 月 日) 年 月 日 |
| 備 考 | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり届け出ます。 公立学校共済組合岡山支部長 殿 令和 年 月 日 住所 届出者 氏 名 | | | | | | | 所 属 所 受 付 印 | | 支 部 受 付 印 | |

65歳以上75歳未満の組合員及び被扶養者が組合員の資格取得の際すでに障害認定を受けている場合についても、「該当」に○印を付してこの届書を提出してください。※欄は、記入しないこと。

75歳未満の者が障害該当により後期高齢者医療被保険者となった場合又は非該当となった場合に提出

後期高齢者医療障害認定
 該当者・非該当者 届書

| | | | | |
|-----------------|----|----|---|----|
| ※ | 次長 | 班長 | 班 | 主任 |
| 下記のとおり 受理する。 | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|------------------|--------------------|-------------------|------|---|------------|---|---|-------------------------------------|--|
| 記号番号 | | 公立岡山 A〇〇〇〇〇〇 | | | | (フリガナ) | オカヤマ タロウ | | | |
| | | | | | | 組合員氏名 | 岡山 太郎 | | | |
| 該 当 者 ・ 非 該 当 者 | 区分 | 該 当 別 非該当 | (フリガナ) 氏 名 | 生年月日 | | | 後期高齢者医療制度に関する事項 | | | |
| | | | | | | 保険者 番 号 | 発 行 機 関 名 | 被保険者 番 号 | (上段)資格取得年月日 (下段)有効期限又は 非該当年月日 | |
| | 組合員 | 該 当 ・ 非該当 | | | | | | | 年 月 日) 年 月 日 | |
| | 被 扶 養 者 | 該 当 ・ 非該当 | オカヤマ ツルコ 岡山 鶴子 | 昭和 | 〇 | 6 | 1 | 後期高齢者医療制度に関する 資格情報のお知らせや資格確認書を確認の上記入 | | |
| | | | | | | | | | 年 月 日) 年 月 日 | |
| 備 考 | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり届け出ます。 公立学校共済組合岡山支部長 殿 令和 〇 年 6 月 20 日 住所 〇〇市〇-〇 届出者 氏名 岡山 太郎 | | | | | | | 所属所受付印 | | 支部受付印 | |
| | | | | | | |  | | | |

65歳以上75歳未満の組合員及び被扶養者が組合員の資格取得の際すでに障害認定を受けている場合についても、「該当」に〇印を付してこの届書を提出してください。※欄は、記入しないこと。