

## 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、もれなく記入願います。

被 保 険 者 情 報	事業所名	◇◇◇◇株式会社			所 属	〇〇部〇〇課	
	保険証 記号・番号	記号	〇〇	番号	〇〇〇〇	連絡先 電話番号	××-××××-××××
	フリガナ	ケンボ タロウ			生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 〇 年 〇 月 〇 日	
	氏 名	健保 太郎					

被 扶 養 者 ( 家 族 ) 情 報	フリガナ	ケンボ ハナコ			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	続柄	実母	
	氏 名	健保 花子							
	生年月日	昭和 〇 年 〇 月 〇 日							
	異動事由 (該当に✓を記入)	<input checked="" type="checkbox"/>	75歳以上に該当するため被扶養者から削除						
		<input type="checkbox"/>	65歳以上で、一定の障害者認定をうけているため被扶養者から削除(注2)						
	異動発生日	令和 〇 年 〇 月 〇 日							
住所情報	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町一丁目2番3号								

(注1) 住所欄については家族の住民登録(住民票)がある住所をご記入ください。  
特に郵便番号の記入漏れにご注意ください。

(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ください。

事業所受付欄

健 保 組 合	常務理事	事務長	担 当	健保受付