

後期高齢者医療制度 (該当項目を○で囲む)

障害認定〔該当・不該当〕届

常務理事	事務長	課長	係長	係

被 保 険 者	被保険者証記号—番号 —		◆ 氏名				性別	生 年 月 日	昭 平 年 月 日			資 格 取 得 年 月 日	昭 平 年 月 日		
障 害 認 定 に つ い て 届 け 出 る 者	氏 名				性別	続 柄	生 年 月 日	昭 平 年 月 日			同 居 ……… 別 居	(別居の場合のみ住所を記入) 〒			
		該 当		後期高齢者医療広域連合の被保険者となった日					令 和 年 月 日						
	不 該 当		ア. 後期高齢者医療広域連合の被保険者資格を喪失した日 又は イ. 後期高齢者医療広域連合から障害認定辞退が認められた日					令 和 年 月 日							

- この届書には、該当・不該当の期日が明らかとなる書類  
(後期高齢者医療広域連合が交付するもの、写可)を添付すること。
- 障害認定について届け出る者が被保険者の場合、  
氏名欄に「本人」と記入し、性別～同居別居欄は  
省略して差し支えないこと。
- 障害認定について届け出る者が被扶養者の場合、  
被保険者との同居、別居について○で囲むこと。  
別居の場合のみ被扶養者の住所を記入すること。
- 「該当」の場合  
被保険者は健康保険資格喪失届を提出すること。  
被扶養者は健康保険被扶養者異動届を提出(削除)すること。
- 「不該当ア.」の場合  
被保険者は健康保険資格取得届を提出すること。  
被扶養者は健康保険被扶養者異動届を提出(加入)すること。

年 月 日 提出

事 業 所	〒	
	所在地 及び名称	
事業主氏名		