

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 <b>健保 太郎</b>	性別	生年月日 昭 平 35年2月10日	資格取得年月日 昭 平 19年12月1日		
	障害認定について届け出る者						氏名 <b>健保 花子</b>	性別 <b>女</b>
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 4 年 4 月 1 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。

令和 4 年 4 月 1 日 提出

事業所	所在地及び名称 <b>〒330-1234 埼玉県さいたま市大宮区○○町○-○○○-○ (株) 埼玉工業</b>
	事業主氏名 <b>大宮 太郎</b>