

# (健康保険) 後期高齢者医療広域連合障害認定該当者・非該当者 届

被保険者証	記号		番号		被保険者の 氏 名		印	
被保険者資格取得 年 月 日		昭和 平成		年 月 日	生年月日	昭和 平成	年 月 日	性別 1 男 2 女

区分	該当 非該当	氏 名	生年月日	性別	後期高齢者医療被保険者証に関する事項								備 考			
					保 険 者 番 号				被 保 険 者 番 号		発 行 機 関			発効期日又は 非該当年月日		
該 当	1 該当	/	/	/	3	9								( )後期高齢 者医療広域連合	平成 年 月 日	
	2 非該当															
非 該 当 者	1 該当		昭和 年 月 日	1 男	3	9								( )後期高齢 者医療広域連合	平成 年 月 日	
	2 非該当				2 女											
被 扶 養 者	1 該当		昭和 年 月 日	1 男	3	9								( )後期高齢 者医療広域連合	平成 年 月 日	
	2 非該当				2 女											
該 当 者	1 該当		昭和 年 月 日	1 男	3	9								( )後期高齢 者医療広域連合	平成 年 月 日	
	2 非該当				2 女											
非 該 当 者	1 該当		昭和 年 月 日	1 男	3	9								( )後期高齢 者医療広域連合	平成 年 月 日	
	2 非該当				2 女											

受付日付印

事業所の所在地

事業所の名称

代表者氏名

注(1)被保険者の資格取得後、被保険者又は被扶養者が後期高齢者医療の  
障害認定を受けたときは「該当」に○印を付してください。  
 (2)後期高齢者医療の障害認定を受けている65歳以上75歳未満の被保険者  
又は被扶養者が後期高齢者医療の障害認定に該当しなくなったときは  
「非該当」に○印を付してください。

