

被扶養者(異動)届

常務理事	事務長	部長	課長	課長補佐	係長	主任	係

『後期高齢者医療制度』該当による被扶養者削除届

令和 年 月 日提出

◎ 記入事項を訂正する際は記入者の訂正印(サイン可)が必要になります。

事業主記入欄	健康保険被保険者記号	
	事業所所在地	〒
	事業所名称	
	事業主氏名	
電話番号	()	

受付印

社会保険労務士記載欄
氏名等

被保険者欄	被保険者番号	氏名	(フリガナ) (氏名)	性別	1.男 2.女	生年月日	5. 昭和 7. 平成	年	月	日
	取得年月日	5. 昭和 7. 平成 9. 令和	年	月	日	報酬月額	千円	受理後の被扶養者数	名	
	住所	〒								

被扶養者欄 1	(フリガナ) (氏名)		生年月日	5. 昭和	年	月	日	性別	1.男 2.女	続柄
	世帯	1.同居 2.別居	職業	後期高齢者 該当年月日 (誕生日当日)	令和	年	月	日	※健保記入欄 年 月 日	
	被扶養者の住所		〒						※資格確認書等回収欄	

※住民登録をしている住所

被扶養者欄 2	(フリガナ) (氏名)		生年月日	5. 昭和	年	月	日	性別	1.男 2.女	続柄
	世帯	1.同居 2.別居	職業	後期高齢者 該当年月日 (誕生日当日)	令和	年	月	日	※健保記入欄 年 月 日	
	被扶養者の住所		〒						※資格確認書等回収欄	

※住民登録をしている住所

～ 注意事項 ～

この申請は、後期高齢者医療制度に該当となることによる被扶養者異動届です。詳細は、お住まいの市町村、後期高齢者広域連合にお問い合わせください。

- ① 資格確認書(発行者のみ)・高齢受給者証を添付してください。
※限度額認定証・特定疾病療養受給者証も交付されている方は、併せてご返却ください。
- ② 被扶養者の住民登録されている住所を必ずご記入ください。記載がない場合、後期高齢者広域連合に登録されない事がありますのでご注意ください。