

(被保険者→事業所→被保険者→市区町村窓口→広域連合)

後期高齢者医療制度 被用者保険の被扶養者であったことの申出書

平成 年 月 日

宮城県後期高齢者医療広域連合長様

私は、後期高齢者医療制度の資格取得日の前日において、被用者保険の被扶養者であったので下記のとおり申し出します。

| | | | | | | | | | |
|-------------|------------|----------|---|---|---|---|---|---|--|
| 後期高齢者医療被保険者 | 被保険者番号 | | | | | | | | |
| | フリガナ 氏名 | 印 | | | | | | | |
| | 生年月日 | 明治・大正・昭和 | | | | 年 | 月 | 日 | |
| | 資格取得年月日 | 平成 | | | | 年 | 月 | 日 | |
| | 住所 | | | | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | | | | |
| | 保険者番号 | 3 | 9 | 0 | 4 | | | | |

上記の者について、下記保険の被扶養者であったことを証明する。

| | | | | | | | | | |
|--------|----------------|----------|--|--|--|--|--|--|--|
| 事業所証明欄 | 資格喪失年月日 | 平成 年 月 日 | | | | | | | |
| | 被保険者氏名 | | | | | | | | |
| | 保険者番号 | | | | | | | | |
| | 保険者名称 | | | | | | | | |
| | 記号・番号 | | | | | | | | |
| | 事業所名 (電話番号) | 印 | | | | | | | |

<事業所の方へ>

上記の方が貴職の健康保険の被扶養者であった場合は、「事業所証明欄」に記入の上ご本人(ご家族)にお渡しください。

なお、上記項目を満たしているものであれば、貴職にて任意の資格喪失証明書でもかまいません

<被用者保険の被扶養者であった方>

ご家族の勤務先にて「事業所証明欄」を記入してもらい、その後お住まいの市区町村に提出してください。

(※) 被用者保険とは政府管掌健康保険や組合管掌健康保険共済組合のことであり、市町村国民健康保険・国民健康保険組合は、該当しません。