

【注意】
消せるボールペンや鉛筆では記入しないでください。

被用者保険の被扶養者確認申出書

(申出日) 年 月 日

茨城県後期高齢者医療広域連合長 殿

後 期 高 齢 者 医 療 被 保 険 者	(後期高齢者医療被保険者番号)	
	(フリガナ)	(生年月日)
	(氏名)	1. 明治 2. 大正 年 月 日 3. 昭和
	(住所)	
	(電話番号)	

※後期高齢者医療被保険者本人以外の方による届出の場合は下記の項目について、記入してください。

(届出者の住所)

(届出者の氏名)

(届出者の電話番号)

(上記被保険者との続柄) 1. 配偶者 2. 子 3. その他 ()

市町村記入欄	(市町村受付日)	年 月 日
(市町村名)	(受付担当者氏名)	
(被保険者資格取得年月日)	年 月 日	
(被保険者資格取得事由)	1. 年齢到達 2. 障害認定 3. 広域外転入	
(被用者保険の被扶養者確認方法) ※下記の書類のいずれかを必ず添付の上提出すること。		
1. 被用者保険の被扶養者の資格確認書または資格情報のお知らせの写し 2. 被用者保険の被扶養者資格喪失証明書 3. 高齢者の医療の確保に関する法律第99条第2項の被扶養者であった被保険者に該当する旨の証明書 4. 被用者保険の被扶養者確認報告書		

広域連合記入欄	(広域連合受付日)	年 月 日
(標準システム登録済確認日)	年 月 日	
(標準システムオンライン登録日)	年 月 日	