【様式 １】

　　令和　　　年　　　月　　　日

被扶養者軽減該当申出書

熊本県後期高齢者医療広域連合長　様

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　印

以下のとおり被用者保険の被扶養者であることを申し出ます。

なお、熊本県後期高齢者医療広域連合長から後期高齢者医療保険料の減額賦課のため、全国健康保険協会等に照会することに同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 後期高齢者医療の被保険者 | 住　　所 |  |
| 氏　　名 |  |
| 電話番号 |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　年　 　月 　　日 |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 加入していた被用者保険の種類該当するものを○で囲ってください。 | １．全国健康保険協会管掌健康保険　　　２．組合管掌健康保険　３．国家公務員等共済組合　　　　　　　４．地方公務員等共済組合　５．私立学校教職員共済組合　　　　　　６．船員保険 |
| 保険者名 |  |
| 事業所名 |  |
| 被保険者の氏名 |  |
| 被用者保険の資格予定喪失日 | 令和　　　年　　　月　　　日　 |
| 備　　考 |  |

※　添付書類：被扶養者であることが確認できる書類

**・被用者保険の被保険者証（被扶養者）の写し　又は**

　**・被用者保険の資格喪失（予定）証明書**　　　　　　など