

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 水俣市

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。

後期高齢者医療の被保険者	住 所	水俣市		
	氏 名			
	電話番号	0 9 6 6 - () -		
	生年月日	明・大・昭	年	月 日
加入していた被用者保険の種類 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; width: fit-content;"> 該当するものを ○で囲ってくだ さい。 </div>	被保険者番号			
	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		
	加入していた 保険者名		被保険者 の氏名	
	事業所名		事業所の 電話番号	
事業所の 所在地				
被用者保険の 資格予定喪失日	平成 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

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 水俣市

氏 名

印

以下のとおり被用者保険の被扶養者であったことを申し出ます。

後期高齢者医療の被保険者	住 所	水俣市		
	氏 名			
	電話番号	0966 - () -		
	生年月日	明・大・昭	年	月 日
加入していた被用者保険の種類 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; width: fit-content;"> 該当するものを ○で囲ってくだ さい。 </div>	被保険者番号			
	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		
	加入していた 保険者名		被保険者 の氏名	
	事業所名		事業所の 電話番号	
事業所の 所在地				
被用者保険の 資格喪失日	平成	年	月 日	
備 考				

※ 添付書類：被扶養者であったことが確認できる書類

・被用者保険の資格喪失証明書 など