

令和 年 月 日

## 被扶養者軽減該当申出書

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 殿

申出者  
住 所  
氏 名

下記 被扶養者との続柄 ( )

電話番号 - -

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。

被扶養者 (後期高齢者 医療被保険者 となった方)	住 所	
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	昭和 年 月 日
加入していた 被用者保険に ついて	保険者名称	
	保険者番号	
	被保険者名 (扶養者)	
被扶養者としての資格喪失及び 後期高齢者医療資格取得年月日	平成 年 月 日	
後期高齢者医療資格取得区分 ※該当に○をしてください。	年齢到達 ・ 障害認定	

※添付書類：被扶養者であったことが確認できる書類 (いずれか)

- ・被用者保険の被保険者証 (被扶養者) の写し
- ・被用者保険の資格喪失証明書 等