

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 様

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	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」及び「被用者保険の資格喪失日」が確認できる書類
(被用者保険の資格喪失証明書 等)