

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
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)