

社会保険（市町村国保、国保組合以外）の被扶養者であった方に係る「後期高齢者医療保険料の軽減に関する回答書」

①

あなたは次のどれに該当していましたか？	1. 職場の健康保険の本人 ⇒ この回答書の提出は不要です。 2. 職場の健康保険の扶養家族 ⇒ 以下の項目に記入して提出してください。 3. 市町村の国民健康保険 ⇒ この回答書の提出は不要です。 4. 国民健康保険組合 ⇒ この回答書の提出は不要です。 5. 上記以外 ⇒ この回答書の提出は不要です。
---------------------	--

②

あなたの住所			
(フリガナ)		生年月日	昭和 年 月 日
あなたの氏名		電話番号	
後期高齢者医療被保険者番号(8桁) ※保険証の一番上の欄に記載しています。			

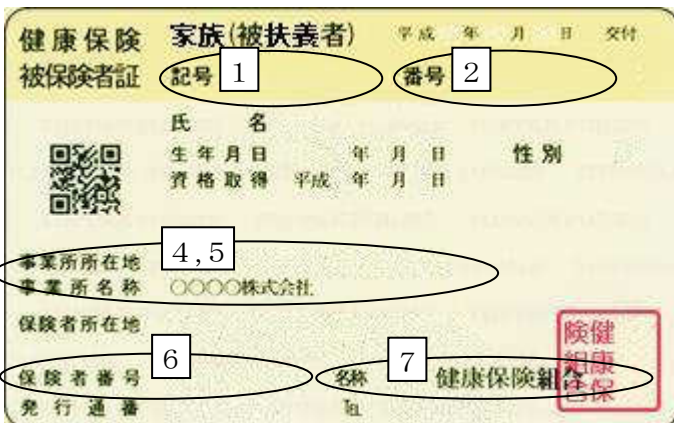
③

職場の健康保険から資格喪失証明書(連絡票)を受け取っていますか？	1. 受けとっている ⇒ 資格喪失証明書等をこの回答書に添えて提出してください。 2. 受け取っていない ⇒ 誕生日(資格取得日)前日に加入していた健康保険証のコピー をこの回答書に添付するか、または以下の項目に記入して提出してください。
----------------------------------	---

④

記号(見本の 1)		番号(見本の 2)	
健康保険の本人氏名 (見本の 3) ※本人とは、あなたではなく、会社等に勤めている方のことです。		(フリガナ)	
事業所	所在地(見本の 4)		
	名称(見本の 5)		
保険者	番号(見本の 6)	(4~8桁)	
	名称(見本の 7)	(全国健康保険協会〇〇支部、〇〇健保組合など)	

●社会保険等の健康保険証の見本



健康保険被保険者証	
記号	1
番号	2
被保険者証	氏名 3
	生年月日
	住所
	資格取得年月日
事業所	所在地 4
	名称 5
健康保険組合	所在地 〒 -
	保険者番号 6
	名称 7
	TEL

社会保険（市町村国保、国保組合以外）の被扶養者であった方に係る「後期高齢者医療保険料の軽減に関する回答書」

①

あなたは次のどれに該当していましたか？	1. 職場の健康保険の本人 ⇒ この回答書の提出は不要です。
	② 職場の健康保険の扶養家族 ⇒ 以下の項目に記入して提出してください。
	3. 市町村の国民健康保険 ⇒ この回答書の提出は不要です。
	4. 国民健康保険組合 ⇒ この回答書の提出は不要です。
	5. 上記以外 ⇒ この回答書の提出は不要です。

②

あなたの住所	大分市〇〇町〇〇丁目〇番〇号							
(フリガナ)	コウイキ タロウ	生年月日	昭和 〇〇年 〇月 〇日					
あなたの氏名	広域 太郎	電話番号	097-534-1771					
後期高齢者医療被保険者番号(8桁) ※保険証の一番上の欄に記載しています。	0	1	2	3	4	5	6	7

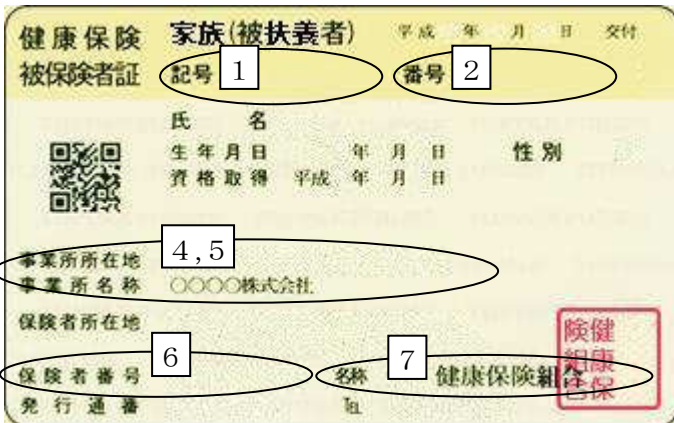
③

職場の健康保険から資格喪失証明書(連絡票)を受け取っていますか？	1. 受けとっている ⇒ 資格喪失証明書等をこの回答書に添えて提出してください。
	②. 受け取っていない ⇒ 誕生日(資格取得日)前日に加入していた健康保険証のコピー をこの回答書に添付するか、または以下の項目に記入して提出してください。

④

記号(見本の 1)	1 0 0	番号(見本の 2)	1 2 3 4 5							
健康保険の本人氏名 (見本の 3) ※本人とは、あなたではなく、会社等に勤めている方のことです。	(フリガナ) コウイキ イチロウ		広域 一郎							
事業所	所在地(見本の 4)	大分市東春日町17番20号								
	名称(見本の 5)	大分県後期高齢者医療広域連合								
保険者	番号(見本の 6)	(4~8桁)	0	0	0	0	1	2	3	4
	名称(見本の 7)	〇〇〇健康保険組合 (全国健康保険協会〇〇支部、〇〇健保組合など)								

●社会保険等の健康保険証の見本



健康保険被保険者証			
記号	1	番号	2
被保険者証	氏名	3	
	生年月日		
	住所		
事業所	資格取得年月日		
	所在地	4	
	名称	5	
健康保険組合	所在地	〒 -	
	保険者番号	6	
	名称及び印	7 TEL	