

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) ※資格確認書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資格確認書または資格情報のお知らせのコピーをこの回答書に添付して下さい。無い方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 ※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		
	名称		
保険者	番号(見本の 3)	(4～8桁)	
	名称(見本の 4)	(全国健康保険協会〇〇支部、〇〇健保組合など)	

●社会保険等の資格確認書、資格情報のお知らせの見本

健康保険 家族(被扶養者) 令和 年 月 日交付
資格確認書

記号 1 番号 2 (枝番)

氏名 生年月日 年 月 日 性別 資格取得年月日 有効期限

保険者番号 3

保険者名称 全国健康保険協会 4 〇〇支部

保険者所在地

QRコード

資格情報のお知らせ

記号 1 番号 2 枝番

氏名 協会 太郎

生年月日 年 月 日

資格取得年月日 令和〇年〇月〇日

保険者番号 3

保険者氏名 全国健保協会 4 〇支部

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

あなたの氏名 広域 太郎

生年月日 昭和 〇〇年 〇月 〇日

電話番号 097-534-1771

後期高齢者医療被保険者番号(8桁)
※資格確認書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資格確認書または資格情報のお知らせのコピーをこの回答書に添付して下さい。無い方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
※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 大分市東春日町17番20号

名称 大分県後期高齢者医療広域連合

保険者 番号(見本の 3) (4~8桁) 0 0 0 0 1 2 3 4

名称(見本の 4) 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)

●社会保険等の資格確認書、資格情報のお知らせの見本

健康保険 家族(被扶養者) 令和 年 月 日交付 資格確認書

記号 1 番号 2 (枝番)

氏名 年 月 日

性別

資格取得年月日

有効期限

保険者番号 3

保険者名称 全国健康保険協会 4 〇支部

保険者所在地

QRコード

資格情報のお知らせ

記号 1 番号 2 枝番

氏名 協会 太郎

生年月日 年 月 日

資格取得年月日 令和〇年〇月〇日

保険者番号 3

保険者氏名 全国健保協会 4 〇支部