

被用者保険の被扶養者(届出書)

令和 年 月 日 提出

奈良県後期高齢者医療広域連合長 様

被保険者番号 (後期高齢者医療保険)			
フリガナ			
氏 名			
住 所		〒	
		電話番号 ()	
生 年 月 日		明・大・昭 年 月 日	
資格取得日の前日に加入していた医療保険は次のとおりです。			
以前に加入していた保険	記 号		番 号
	保険者番号		
	資格喪失日	令和 年 月 日	
	保険者名称		
	被保険者氏名		

※この届出書は激変緩和措置をうけ被扶養者の保険料を正しく計算するために必要になります。

確 認 欄	本人(不可) ・ 家族	入 力 日	/
	旧被保険者証写し・資格喪失証明		
	保険者等への照会		
	その他	担 当	

提出先
奈良市役所 福祉医療課 保険料係
TEL 0742-34-4754

(市町村保管)