

後期高齢者医療制度の障害

該 当  
非該当

届 出 書

組合員等記号番号 又は個人番号			組合員 氏 名			所属所名		
障害に該当又は 非該当になった 者の氏名等	氏 名			生年月日			続 柄	
後期高齢者医療被保険者証に記載 された資格取得年月日及び有効期限				資 格 取 得 年 月 日		有 効 期 限 年 月 日		
後期高齢者医療医療制度の障害に該当しな く なった日又は上記の記載事項に変更があった日				障 害 非 該 当 年 月 日		変 更 年 月 日		
備 考								
<p>上記のとおり、後期高齢者医療制度による障害認定に 該当・非該当 となったので届出します。</p> <p>青森県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p>年 月 日</p> <div>届出者（組合員）<div>住所</div><div>氏 名</div></div>								
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>年 月 日</p> <div>所属所長<div>職名</div><div>氏名</div></div>								