

該 当 届 出 書
後期高齢者医療制度の障害
非該当

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					

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。

青森県市町村職員共済組合理事長 様

年 月 日

届出者(組合員)
住 所 _____
氏 名 _____

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

年 月 日

職名
所属所長
氏名