

後期高齢者医療費保険者 該 当 届 非 該 当

◎被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。

健康保険被保険者証													
① 記号			② 番号										
⑦ 被保険者の氏名			① 性別	③ 生年月日			⑦ 被扶養者の氏名		⑤ 性別	④ 続柄	⑦ 生年月日		
(氏)		(名)	男・女	昭 平 年 月 日			(氏)		(名)			昭 和 年 月 日	
⑧ 被保険者の住所			⑨ 被扶養者の住所			⑦ 備考							
④ 届出理由（該当する番号を○で囲んで下さい）								⑤ 該 当 非 該 当 の 別		⑥ 該 当 非 該 当 の 年 月 日			
1 65歳以上75歳未満で障害状態にあり、後期高齢者医療制度の被保険者となった。 2 1により後期高齢者医療に該当していたが、障害の状態でなくなった等の理由により適用除外となった。 3 75歳以上で海外に居住している等の理由により適用除外となった。 4 3により適用除外だった人が国内居住等の理由により後期高齢者医療制度の被保険者となった。								該 当 非 該 当		令 和 年 月 日			

令和 年 月 日 提出

事業所所在地			
事業所名称			
事業主氏名	◎		
電 話	(局)		番

社会保険労務士の提出代行者印	
◎	

┌───────────┐
 受付印
└───────────┘

◎記入の方法及び添付書類は、裏面をご参照下さい。

この届書は、本来75歳から適用となる「後期高齢者医療制度」に75歳未満で適用された場合、もしくは、75歳以上で「後期高齢者医療制度」の適用除外となった場合、または、これらの適用もしくは適用除外が取り消された場合にご提出下さい。

【記入の方法】

- 1 ①及び②の性別は、該当する数字を○で囲んでください。
- 2 ③及び④の生年月日は、たとえば、昭和32年2月7日生まれの場合

	年	月	日
③ 昭和 平7	3	2	0 2 0 7

のように記入してください。

- 3 ⑤は、被保険者との続柄を、「夫」、「妻」、「父」、「母」、「子」、「祖父」、「祖母」、など詳しく記入してください。
- 4 ④の適用除外等の事由は、該当する数字を○で囲んでください。
- 5 ⑤の該当・非該当の別は、該当する数字を○で囲んでください。
- 6 ⑥の該当・非該当の年月日は、たとえば、平成15年4月1日の場合は

令和	年	月	日
1	5	0	4 0 1

のように記入してください。

- 7 転勤により国内から国外へ又は外国から国内へ転居した場合には、⑦にその旨を明記してください。
- 8 ②及び⑧は、④で2に○をされた方のみ記入してください。
- 9 事業主の押印については、署名（自筆）の場合は省略できます。

【この届に添付して提出するもの】

- 1 ④の適用除外等の事由で、1又は4に○をされた方は、「後期高齢者医療被保険者証」の写し
- 2 ④の適用除外等の事由で、2に○をされた方は、後期高齢医療制度の適用除外となった日がわかる書類
- 3 ④の適用除外等の事由で、3に○をされた方は、「住民票」除票等、日本に住所を有さないことが確認できる書類。