

後期高齢者医療制度の障害 該 当 届 出 書
非該当

組合員証記号番号 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					
<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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 _____ 届出者（組合員） 氏名 _____ 印</p>					
<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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">職名 _____ 所属所長 氏名 _____ 印</p>					