

〔様式：資第48号〕

決裁欄	常務理事	如事務センター 欄外	登録チェック	登録	審査	受付

後期高齢者医療制度適用（適用除外）登録申請書
〔兼 被扶養者（異動）届〕

エヌ・ティ・ティ健康保険組合 理事長 殿

以下のとおり相違ありませんので届けます。

対象者コード 0001234567		① 被保険者（申請者）氏名 高齢 三郎 印		② 事業所名・担当名（住所） 年金センタ 経理課 TEL. (026) 225 - 3513	
被保険者への申請者記入欄	③ 適用者氏名 高齢 健二郎 男	④ 被保険者との続柄 本人:01 妻:12 父:51 母:52 その他()	⑤ 適生年月日 昭和 16 年 7 月 7 日		
	⑥ 適用事由 <input type="checkbox"/> 75歳到達 <input checked="" type="checkbox"/> 65歳以上75歳未満で障がい認定	⑦ 後期高齢者医療制度適用者としての認定年月日もしくは適用除外日 適用 平成 20 年 6 月 1 日 適用除外 平成 年 月 日	⑧ 後期高齢者医療被保険者証発行機関 長野県		
	⑨ 後期高齢者医療被保険者証交付年月日 平成 20 年 6 月 25 日	⑩ 後期高齢者医療被保険者番号 87654321			
	⑪ 後期高齢者医療被保険者番号 23456789	⑫ 後期高齢者医療被保険者番号 23456789			
	⑬ 「後期高齢者医療被保険者証」の写		⑭ 後期高齢者医療被保険者証に記載されている保険者番号を記入する。		

- ①被保険者もしくは任意継続被保険者の氏名を記入する。
- ②被保険者は、事業所名・担当名・電話番号を記入する。任意継続被保険者は、住所を記入する。
- ③登録対象者の氏名を記入する。
- ④該当する番号を○で囲む。該当がない場合は、その他()内に続柄を記入する。
- ⑤登録対象者の生年月日を記入する。
- ⑥該当する事由を選択する。(□枠にレ点印)
- ⑦後期高齢者医療被保険者証に記載されている認定年月日を記入する。
- ⑧後期高齢者医療被保険者証の発行機関名を記入する。
- ⑨後期高齢者医療被保険者証の交付年月日を記入する。
- ⑩後期高齢者医療被保険者証に記載されている保険者番号を記入する。
- ⑪後期高齢者医療被保険者証に記載されている被保険者番号を記入する。
- ⑫担当者はチェックポイントの各項目を確認(□枠にレ点印)する。

添付書類	<input type="checkbox"/> 「後期高齢者医療被保険者証」の写 <input type="checkbox"/> 適用者の被保険者証（適用者が被保険者で被扶養者を有する場合は、その被扶養者分を含む。）
------	---

【注】
 ・後期高齢者医療制度の適用を受けることとなった方については、適用開始となった日より健康保険組合の被保険者、もしくは被扶養者の資格を喪失することとなります。
 ※該当の方が被保険者の場合、扶養される75歳未満のご家族についても、国民健康保険等に加入することとなるため、被保険者と同様に資格を喪失することとなります。
 この場合、本申請書に「被扶養者（異動）届」〔様式：資第20号〕を添付してください。

⑬担当者はチェックポイントの各項目を確認(□枠にレ点印)する。
 ※該当者が被保険者の場合、扶養する75歳未満の被扶養者については、「被扶養者（異動）届」〔資第20号〕による取消の届を添付する。

事業所処理欄	事業所名 NTTOO	課長 戸隠 7/2	主査 志賀 7/2	担当者 白馬 7/2	受付 平成 20 年 7 月 2 日
	電話番号 (026) 225 - 3515	<input type="checkbox"/> 被保険者（申請者）記入欄の記入漏れはないか <input type="checkbox"/> 添付書類の漏れはないか（添付書類欄の□枠チェック）			

(平成20年4月)

[様式：資第48号]

決裁欄	常務理事	処 事 理 セ ン タ 欄	登録チェック	登録	審査	受付

後期高齢者医療制度適用（適用除外）登録申請書

〔兼 被扶養者（異動）届〕

エヌ・ティ・ティ健康保険組合 理事長 殿

以下のとおり相違ありませんので届けます。

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） 記 入 欄	対象者コード		被保険者（申請者）氏名		事業所名・担当名（住所）		
	0 0 0		印		TEL. () -		
	適用者氏名		男 女	被保険者との続柄		本人:01 夫:11 妻:12 父:51 母:52 その他()	
	適用者日 生 年 月 日		昭和 年 月 日		後期高齢者医療制度適用者としての認定年月日もしくは適用除外日		適用 平成 年 月 日
	適用事由 (いづれかにチェック)		<input type="checkbox"/> 75歳到達 <input type="checkbox"/> 65歳以上75歳未満で障がい認定				適用除外 平成 年 月 日
	後期高齢者医療被保険者証発行機関				後期高齢者医療被保険者証交付年月日		平成 年 月 日
後期高齢者医療被保険者番号				後期高齢者医療被保険者番号			

添 付 書 類	<input type="checkbox"/> 「後期高齢者医療被保険者証」の写 <input type="checkbox"/> 適用者の被保険者証（適用者が被保険者で被扶養者を有する場合は、その被扶養者分を含む。）
------------------	---

【注】
 ・後期高齢者医療制度の適用を受けることとなった方については、適用開始となった日より健康保険組合の被保険者、もしくは被扶養者の資格を喪失することとなります。
 ※該当の方が被保険者の場合、扶養される75歳未満のご家族についても、国民健康保険等に加入することとなるため、被保険者と同様に資格を喪失することとなります。
 この場合、本申請書に「被扶養者（異動）届」〔様式：資第20号〕を添付してください。

事 業 所 処 理 欄	事業所名	課長	主査	担当者	受付
	電話番号 () -				平成 年 月 日
	チェックポイント	<input type="checkbox"/> 被保険者（申請者）記入欄の記入漏れはないか <input type="checkbox"/> 添付書類の漏れはないか（添付書類欄の口枠チェック）			

(平成20年4月)