

社会保険（市町村国保、国保組合以外）の被扶養者であった方
に係る「後期高齢者医療保険料の軽減に関する回答書」

①

あなたは次のどれに該当していますか？	1. 職場の健康保険の本人 ⇒ この回答書の提出は不要です。 2. 職場の健康保険の扶養家族 ⇒ 以下の項目に記入して提出してください。 3. 市町村の国民健康保険 ⇒ この回答書の提出は不要です。 4. 国民健康保険組合 ⇒ この回答書の提出は不要です。 5. 上記以外 ⇒ この回答書の提出は不要です。
--------------------	--

②

あなたの住所						
(フリガナ)		生年月日	昭和 年 月 日			
あなたの氏名		電話番号				
後期高齢者医療被保険者番号(8桁) ※保険証の一番上の欄に記載しています。						

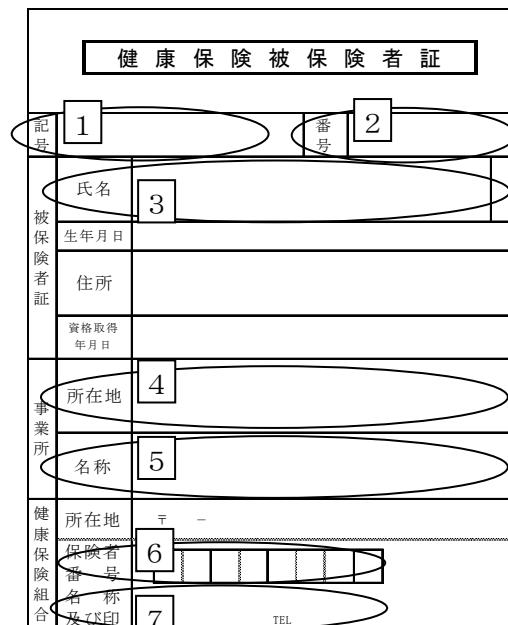
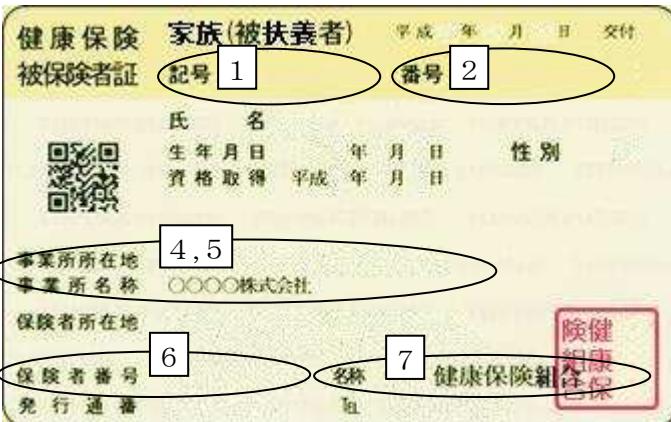
③

職場の健康保険から資格喪失証明書（連絡票）を受け取っていますか？	1. 受けとっている ⇒ 資格喪失証明書等をこの回答書に添えて提出してください。 2. 受け取っていない ⇒ 誕生日（資格取得日）前日に加入していた健康保険証のコピーをこの回答書に添付するか、または以下の項目に記入して提出してください。
----------------------------------	---

④

記号(見本の [1])		番号(見本の [2])	
健康保険の本人氏名(見本の [3]) ※本人とは、あなたではなく、会社等に勤めている方のことです。		(フリガナ)	
事業所	所在地(見本の [4])		
	名称(見本の [5])		
保険者	番号(見本の [6]) (4~8桁)		
	名称(見本の [7])	(全国健康保険協会〇〇支部、〇〇健保組合など)	

●社会保険等の健康保険証の見本



社会保険（市町村国保、国保組合以外）の被扶養者であった方
に係る「後期高齢者医療保険料の軽減に関する回答書」

①

あなたは次のどれ
に該当していまし
たか？

1. 職場の健康保険の本人 ⇒ この回答書の提出は不要です。
2. 職場の健康保険の扶養家族 ⇒ 以下の項目に記入して提出してください。
- 3. 市町村の国民健康保険 ⇒ この回答書の提出は不要です。**
4. 国民健康保険組合 ⇒ この回答書の提出は不要です。
5. 上記以外 ⇒ この回答書の提出は不要です。

②

あなたの住所

大分市〇〇町〇〇丁目〇番〇号

(フリガナ)

コウイキ タロウ

生年月日 昭和〇〇年〇月〇日

あなたの氏名

広域 太郎

電話番号 097-534-1771

後期高齢者医療被保険者番号(8桁)

※保険証の一番上の欄に記載しています。

0 1 2 3 4 5 6 7

③

職場の健康保険か
ら資格喪失証明書
(連絡票)を受け
取っていますか？

1. 受けとっている ⇒ 資格喪失証明書等をこの回答書に添え
て提出してください。
- 2. 受け取っていない ⇒ 誕生日(資格取得日)前日に加入して
いた健康保険証のコピーをこの回答書
に添付するか、または以下の項目に記
入して提出してください。**

④

記号(見本の①)

100

番号(見本の②)

12345

健康保険の本人氏名(見本の③)

(フリガナ) コウイキ イチロウ

※本人とは、あなたではなく、会社等
に勤めている方のことです。

広域 一郎

事業所

所在地(見本の④) 大分市東春日町17番20号

名称(見本の⑤)

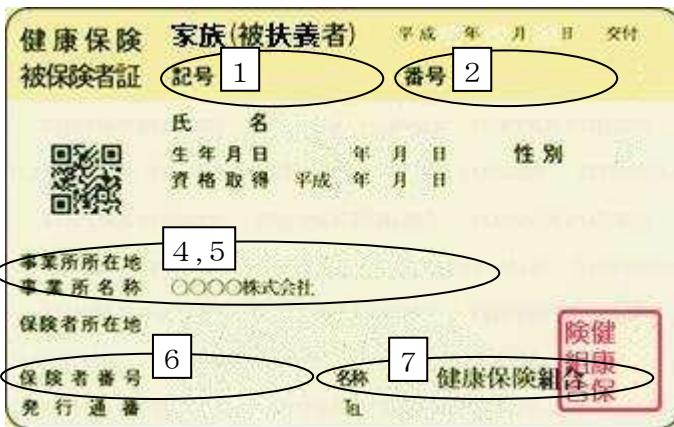
大分県後期高齢者医療広域連合

保険者

番号(見本の⑥) (4~8桁) 00000000

名称(見本の⑦) ○○○健康保険組合 (全国健康保険協会〇〇支部、〇〇健保組合など)

●社会保険等の健康保険証の見本



健康保険被保険者証	
記号 1	番号 2
被保険者証 氏名 3	生年月日
住所	資格取得年月日
事業所所在地 4	名称 5
健康保険組合名及び印 6	TEL 7