後期高齢者医療制度の被保険者

互助組合扶養家族 （　　）認定 （　　）取消 申告書

いずれかに〇印

大阪府教職員互助組合理事長　様　　年　　月　　日

会員番号		所属名	TEL（　　－　　－　　）
フリガナ			
会員氏名			
住　　所	〒（　　－　　）	TEL（　　－　　－　　）	

別紙の書類を添えて下記のとおり申告します。

フ　リ　ガ　ナ			
認定 ・ 取消を受けようとする者の氏名			
生年月日	年　　月　　日	性別	男 ・ 女
続　　柄		後期高齢者医療制度加入年月日	年　　月　　日

認定を取消される場合は、下記に理由をご記入ください。

認定取消理由	

添付書類　　認定　　1）後期高齢者医療制度被保険者証（写し）
2）家族の所得証明書および扶養事情説明書

※　認定日は本申告書の受理した日とします。

※　添付書類に個人番号（マイナンバー）の記載がある場合は、黒塗りするなどして番号が見えないようにしてください。

※　申告書に記載いただきました個人情報は、事業の正常な運営に必要な業務、および当互助組合の円滑な運営に必要な業務のみに利用いたします。

互助組合使用欄

認　定　　年　　月　　日	取　消　　年　　月　　日

課　長	課長補佐	担　当	受　付