

健康保険

老人保健障害認定
該当者・不該当者

届

常務理事	事務長	部 長	次 長	課 長	係 長	主 任	担 当

被保険者証		記号		番号		被保険者の氏名		⑩			
被保険者資格取得 年 月 日		昭和 平成		年 月 日	生年月日	1 明治 3 大正 5 昭和	年 月 日	性 別 1 男 2 女			
該 当 ・ 不 該 当 者	区 分	該 当 別	氏 名	生 年 月 日	性別	老人保健の医療受給者証に関する事項				備 考	
		不 該 当				市町村番号	受給者番号	発行機関名	有効期間始期又は 不 該 当 年 月 日		
	被 保 険 者	1 該 当 2 不 該 当									
		被 扶 養 者	1 該 当 2 不 該 当		3 大正 5 昭和	年 月 日	1 男 2 女				平成 年 月 日
			1 該 当 2 不 該 当		3 大正 5 昭和	年 月 日	1 男 2 女				平成 年 月 日
			1 該 当 2 不 該 当		3 大正 5 昭和	年 月 日	1 男 2 女				平成 年 月 日
			1 該 当 2 不 該 当		3 大正 5 昭和	年 月 日	1 男 2 女				平成 年 月 日
1 該 当 2 不 該 当			3 大正 5 昭和	年 月 日	1 男 2 女				平成 年 月 日		

注：(1)65歳以上70歳未満の被保険者および被扶養者が被保険者の資格取得の際、すでに老人保健の障害認定をうけているとき、または被保険者の資格取得後、老人保健の障害認定をうけたときは「1 該当」に○印を付して下さい。

(2)老人保健の障害認定をうけている65歳以上70歳未満の被保険者または被扶養者が老人保健の障害認定に該当しなくなったときは「2 不該当」に○印を付して下さい。

事業所の所在地

事業所の名称

代表者氏名

受付日付印