

# 後期高齢者医療制度被保険者資格 該不該 届出書

下記のとおり届け出します。

令和 年 月 日

日本私立学校振興・共済事業団理事長 殿

学校法人等所在地	郵便番号 (      -      )		
学校法人等名			
代表者名			
事務連絡先電話番号		担当者氏名	

<input type="checkbox"/> 21910 <input type="checkbox"/> 21920 <input type="checkbox"/> 21930 <input type="checkbox"/> 21940	加入者番号				加入者氏名				生年月日				性別	
	県コード	学種	学校番号	個人番号					<sup>39</sup>	年	月	日		<sup>46</sup>
									2.大				01	1.男
									3.昭					2.女
								4.平						

※事業団記入欄			
内	週		
発	及		
<sup>65</sup>	<sup>66</sup>		

届出事由(1~4のいずれかに ○ をしてください) 届出事由により、必要な添付書類があります。(裏面もお読みください)

- 65歳以上75歳未満で障害の状態にあり、「後期高齢者医療制度」の適用となった
- 1の対象だった人が障害の状態がなくなった等の理由で、「後期高齢者医療制度」の適用除外となった
- 75歳以上で海外に居住している等の理由で、「後期高齢者医療制度」の適用除外となった
- 3の対象だった人が国内居住となった等の理由で、「後期高齢者医療制度」の適用となった

対象者	氏名				生年月日				加入者との続柄	※C
					<sup>48</sup>	年	月	日		<sup>55</sup>
								2.大		
								3.昭		

事由発生日	<sup>57</sup>	年	月	日	※事由 S
	4.平				<sup>64</sup>
	5.令				

後期高齢者医療制度に適用されるのは下記の①、②の人です。  
 ① 75歳以上の人  
 ② 65歳以上75歳未満で、障害の認定を受けた人  
 ただし、日本国内に住所を有しない人を除きます。

- ※欄は記入しないでください。
- 上記の届出事由が1または4の場合は、加入者証等を添付してください。(添付できないときは、後日返納してください)
- 任意継続加入者の場合は、「学校法人等所在地」欄に加入者の住所を記入してください。

私学事業団受付印