高齢者医療障がい認定該当者・不該当者届

65 歳以上 75 歳未満の組合員及び被扶養者で後期高齢者医療広域連合の障がい認定を受けたとき（後期高齢者医療の被保険者に該当したとき）、または撤回したとき（後期高齢者医療の被保険者に該当しなくなったとき）に提出してください。

区分	後期高齢者医療の被保険者に該当したとき	後期高齢者医療の被保険者に該当しなくなったとき
組合員の場合	組合員は、共済短期給付の適用がなくなり、認定中の被扶養者は扶養取消になります。 A･B の書類を提出してください。 （世帯全員の資格確認書等を回収します。）	共済短期給付の適用がある組合員となり、被扶養者がいる場合は認定要件を満たしていれば、被扶養者として扶養の認定ができます。 A･C の書類を提出してください。 被扶養者がいるときは、「被扶養者申告書（認定）及びその必要書類」も一緒に提出してください。
被扶養者の場合	被扶養者の資格が取消になります。 「被扶養者申告書（取消）」と一緒に A･B の書類を提出してください。 （対象者の資格確認書等を回収します。）	認定要件を満たしていれば、被扶養者として扶養の認定ができます。 「被扶養者申告書（認定）及びその必要書類」と一緒に A･C の書類を提出してください。

提出書類				
	A	**高齢者医療障がい認定該当者･不該当者届**		
	B	後期高齢者医療の被保険者となった資格取得日がわかる**資格情報通知書の写し**	C	後期高齢者医療の被保険者を不該当となった日がわかる**資格喪失届出書の写し**

該当する方に〇をつけてください。

高齢者医療障がい認定該当者・(不該当者届)

組合員等	記号	600	番号	123	組合員氏名	共済　太郎	所属機関名
組合員資格取得年月日	昭和 (平成) 令和	〇 年 〇 月 〇 日			生年月日	(昭和) 平成 〇 年 〇 月 〇 日	〇 〇 〇 〇

区分	該当・不該当別	氏名及び生年月日	高齢者医療の被保険者等に関する事項		対象者住所
			保険者番号及び被保険者等番号	資格取得年月日又は不該当年月日	
組合員	1 該当 2 不該当		保険者番号	資格取得年月日 S・H・R 年 月 日	
			被保険者番号	不該当年月日 H・R 年 月 日	
被扶養者	1 該当 (2) 不該当	共済　〇代 昭和 〇 年 〇 月 〇 日	保険者番号 12345	資格取得年月日 S・H・R 年 月 日	〇〇市 薮田南5-14-53
			被保険者番号 67890	不該当年月日 H・(R) 〇 年 4 月 1 日	
被扶養者	1 該当 2 不該当	昭和 年 月 日		資格取得年月日 年 月 日 不該当年月日 H・R 年 月 日	

該当・(不該当者)

対象者の住民票がある住所を記入してください。

上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。

岐阜県市町村職員共済組合理事長　様　　〇〇〇〇長

令和　〇 年 〇 月 〇 日　　所属所長　〇〇　〇〇