後期高齢者医療障害認定 該当・不該当 ・記載事項変更（届）

組合員証等	記号	○○○	番号	○○○	組合員氏名	共済　太郎	所属機関名	□□□
資格取得年月日	☑昭和 □平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日				生年月日	☑ 昭和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	性別	☑ 男 □ 女

該当・不該当者	区分	該当・不該当別	氏名	生年月日	性別	後期高齢者医療被保険者証に関する事項 保険者番号	被保険者番号	発行機関	有効期間	不該当年月日
	組合員	□該当 □不該当							平成 年 月 日から 令和 年 月 日まで	令和 年 月 日
	被扶養者	☑該当 □不該当	共済　花子	昭和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日	□男 ☑女	○○○○○○○○	○○○○○○○○	奈良県後期高齢者医療広域連合	平成 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日から 令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日まで	令和 年 月 日
	被扶養者	□該当 □不該当		昭和 年 月 日	□男 □女				平成 年 月 日から 令和 年 月 日まで	令和 年 月 日
	被扶養者	□該当 □不該当		昭和 年 月 日	□男 □女				平成 年 月 日から 令和 年 月 日まで	令和 年 月 日
	被扶養者	□該当 □不該当		昭和 年 月 日	□男 ☑女				平成 年 月 日から 令和 年 月 日まで	令和 年 月 日
	被扶養者	□該当 □不該当		昭和 年 月 日	□男 □女				平成 年 月 日から 令和 年 月 日まで	令和 年 月 日

奈良県市町村職員共済組合理事長　　殿

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

所属所長　職名　□□□長

氏名　□□　□□

（注）地方公務員共済組合法施行規程第119条の2の規程に基づき、組合員は、組合員又はその被扶養者が高齢者の医療の確保に関する法律第50条第2項の規定による障害の認定を受けたとき又は、該当しなくなったとき並びに後期高齢者医療被保険者証の記載事項に変更があったときは、遅滞なくその旨をこの書類で組合に届け出てください。