

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	
対象者が組合員の場合	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。 (世帯全員の組合員証等を回収します。)	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。	
対象者が被扶養者の場合	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。 (対象者の組合員証等を回収します。)	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 被保険者証の写し	C

別紙様式第10号 (給付用)

高齢者医療障がい認定該当者・不該当者届

組合員証 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	4月	1日	生年月日	昭和 平成	〇〇年〇月〇〇日
区分	該当	別	氏名及び生年月日			対象者住所	
	不該当						
組合員	1 該当	2 不該当	共済〇代			高年齢医療の被保険者証に関する事項	対象者住所
	2 不該当					保険者番号及び被保険者証番号	
被扶養者	1 該当	2 不該当	昭和 〇年 〇月 〇日			保険者番号	資格取得年月日
	2 不該当					被保険者証番号	不該当年月日
			昭和 〇年 〇月 〇日			保険者番号	資格取得年月日
			昭和 〇年 〇月 〇日			被保険者証番号	不該当年月日
			昭和 〇年 〇月 〇日			保険者番号	資格取得年月日
			昭和 〇年 〇月 〇日			被保険者証番号	不該当年月日
			昭和 〇年 〇月 〇日			保険者番号	資格取得年月日
			昭和 〇年 〇月 〇日			被保険者証番号	不該当年月日

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 令和 〇年 〇月 〇日

〇〇〇〇〇長
〇〇〇〇〇

対象者の住民票がある住所を記入してください。