

# 後期高齢者該当による喪失届

場所区分

本社 人事事務センター 国内給与（健康保険）担当 経由  
三菱電機健康保険組合 御中

年 月 日

被 保 険 者	記号 - 番号	1	1	0	-							事業所名	
	氏名											所属 (出向先及びその所属名)	
	生年月日	昭・平 年 月 日										社内TEL (出向先連絡先tel)	
	現住所	〒 -										資格取得年月日	昭・平・令 年 月 日
該当者氏名 (上段はフリガナ)		性別	続柄	生年月日		後期高齢者医療制度 該当年月日		居住	別居家族の住民票の住所				
		男・女		昭和 年 月 日		令和 年 月 日		同居 ・ 別居	〒 -				
		男・女		昭和 年 月 日		令和 年 月 日		同居 ・ 別居	〒 -				

健保記入欄

令和 年 月 日 削除

[ 添付書類 ]

- 本届に**該当者の健康保険証（原本）を必ず添付**してください。  
※「高齢受給者証」「限度額適用認定証」「特定疾病療養受療証」が交付されている場合は、健康保険証と併せて提出してください
- 65歳～74歳の方で寝たきり等一定の障害があると認定を受けて後期高齢者医療制度に該当した場合は、後期高齢者医療被保険者証（写）を添付してください。

[ その他 ]

- 「番号」は、マンナンバーを記入してください。
- 「続柄」は詳細に記入してください。



◎ 決 定 欄	常務理事	担当者

本届に記載された個人情報は、別途事業主及び健康保険組合より公表の利用目的の範囲内で活用されます。