

届書コード	処理区分	届書
2 0 6		

所長	次長	課長	係長	係員

健康保険 老人保健障害認定者 届
 該当者・非該当者

正

◎記入の方法は裏面に書いてありますのでご覧ください。
 ※「※」印欄は記入しないでください。

①健康保険被保険者証の記号	②健康保険被保険者証の番号	⑦被保険者氏名	③生年月日	⑧性別	⑨資格取得年月日
※		Ⓜ	明. 1 大. 3 昭. 5 平. 7	男 1 女 2	年 月 日

区分	④該当者(被扶養者)番号	⑤該当非該当の別	⑥性別	⑧氏名	⑨生年月日	老人保健の医療受給者証に関する事項				送信
						⑩市町村番号	⑪受給者番号	⑫発行機関名	⑬有効期間始期又は非該当年月日	
被保険者	0 0	該当1 非該当2	/	/	/				年 月 日	送信
該当者・非該当者 被扶養者	※	該当1 非該当2	男 1 女 2		大. 3 昭. 5 平. 7	年 月 日			年 月 日	送信
	※	該当1 非該当2	男 1 女 2		大. 3 昭. 5 平. 7	年 月 日			年 月 日	送信
	※	該当1 非該当2	男 1 女 2		大. 3 昭. 5 平. 7	年 月 日			年 月 日	送信
	※	該当1 非該当2	男 1 女 2		大. 3 昭. 5 平. 7	年 月 日			年 月 日	送信
	※	該当1 非該当2	男 1 女 2		大. 3 昭. 5 平. 7	年 月 日			年 月 日	送信

平成 年 月 日 提出

受付日付印

事業所所在地	〒	—
事業所名称		
事業主氏名		Ⓜ
電話	() 局	番

社会保険労務士の提出代行者印	Ⓜ
----------------	---

健康保険 老人保健障害認定者 届

副

①健康保険被保険者証の記号	②健康保険被保険者証の番号	⑦ 被 保 険 者 氏 名	③ 生 年 月 日		⑧ 性別	⑨ 資 格 取 得 年 月 日
		⑩	明. 1 大. 3 昭. 5 平. 7	年 月 日	男 1 女 2	年 月 日

区分	④ 該 当 者 (被扶養者) 番 号	⑤ 該 当 非該 当 の 別	⑥ 性別	⑦ 氏 名	⑧ 生 年 月 日	老人保健の医療受給者証に関する事項			
						⑩ 市町村番号	⑪ 受給者番号	⑫ 発行機関名	⑬ 有効期間始期又は非該当年月日
被 保 険 者	0 0	該 当 1 非該 当 2							年 月 日
該 当 者 ・ 非 該 当 者		該 当 1 非該 当 2	男 1 女 2		大. 3 昭. 5 平. 7	年	月	日	年 月 日
		該 当 1 非該 当 2	男 1 女 2		大. 3 昭. 5 平. 7	年	月	日	年 月 日
		該 当 1 非該 当 2	男 1 女 2		大. 3 昭. 5 平. 7	年	月	日	年 月 日
		該 当 1 非該 当 2	男 1 女 2		大. 3 昭. 5 平. 7	年	月	日	年 月 日
		該 当 1 非該 当 2	男 1 女 2		大. 3 昭. 5 平. 7	年	月	日	年 月 日

事業所所在地	〒 _____
事業所名称	
事業主氏名	様
電 話	(_____ 局) _____ 番

受付日付印



【記入の方法】

1. 標題の「該当者」「非該当者」の文字は、該当する文字を○印で囲んでください。
2. ③㉞の年号は、該当する文字を○印で囲んでください。生年月日は、たとえば、大正10年5月2日生まれの場合は、

明1		年		月		日
大3	1	0	0	5	0	2
昭5						
平7						

のように記入してください。

3. ㊦㊧の性別は、該当する文字を○印で囲んでください。

4. ㊨の資格取得年月日は、たとえば、平成元年3月1日の場合は、

		年		月		日
0	1	0	3	0	1	

のように記入してください。

5. ⑤の該当・非該当の別は、65歳以上75歳未満の被保険者及び被扶養者が被保険者の資格取得の際、すでに老人保健の障害認定を受けているとき、又は被保険者の資格取得後、老人保健の障害認定を受けたときは「該当・1」を老人保健の障害認定を受けている65歳以上75歳未満の被保険者又は被扶養者が老人保健の障害認定に該当しなくなったときは「非該当・2」を○印で囲んでください。

6. ⑥の有効期間始期又は非該当年月日は、たとえば、有効期間始期が平成元年5月1日の場合は、

のように記入してください。

		年		月		日
0	1	0	5	0	1	

7. 事業主の押印については、署名（自筆）の場合は、省略できます。