

専務理事	事務局長	事務局次長	業務係長	係	支 部

組合員資格継続届(後期高齢者医療制度加入者)

旧被保険者 記号・番号		後期高齢者 移行年月日	令和 年 月 日
----------------	--	----------------	----------

資格継続組合員 管理番号	地区 番号	連番	組合員資格 継続年月日	令和 年 月 日
-----------------	----------	----	----------------	----------

資格継続を届出する 組合員氏名				生年月日	昭和 年 月 日
個人番号					
後期高齢者 組合員の資格	1 擬制組合員 2 事業主組合員	3 従業員組合員	事業所名		

私は、後期高齢者医療制度への移行による被保険者資格喪失後も上記事業所において従事しているため、貴組規約第7条の3に基づき、引き続き組合員としての資格を継続することを届出します。

令和 年 月 日

後期高齢者
組合員氏名

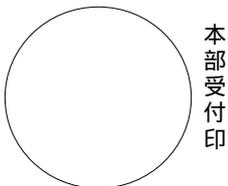
名古屋市食品国民健康保険組合理事長 様

のある欄は記入しないでください。

*太線枠内は組合員がご記入ください。

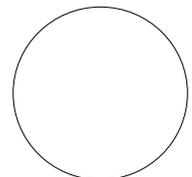
《後期高齢者組合員の資格確認欄》

1 擬制組合員	(ア)営業許可書の写し (イ)法人登記簿謄本又は履歴事項全部証明書の写し
2 事業主組合員	(ウ)確定申告の写し (エ)その他()
3 従業員組合員	上記、組合員 _____ は、規約第6条に該当していることを証明いたします。 事業主氏名 _____



本部
受付
印

後期高齢者組合員 管理簿	保険料 納付
令和 年 月 日	



支
部
受
付
印