

旧被扶養者異動連絡票

発行年月日 年 月 日発行

旧 被 扶 養 者	氏名						
	生年月日	年 月 日					
	旧被扶養者に該当した年月日	年 月 日					
交 付 者	保険者番号 並びに交付者の名称及び印	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 60px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">印</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px; display: flex;"> <div style="border-right: 1px solid black; width: 25px; height: 35px;"></div> <div style="border-right: 1px solid black; width: 25px; height: 35px;"></div> <div style="border-right: 1px solid black; width: 25px; height: 35px;"></div> <div style="border-right: 1px solid black; width: 25px; height: 35px;"></div> <div style="border-right: 1px solid black; width: 25px; height: 35px;"></div> <div style="width: 25px; height: 35px;"></div> </div> </div> <p>〇〇市</p>					

注意事項

- １． 転入した市町村において旧被扶養者に係る減免（被保険者均等割を半額等の措置）の申請を行う場合には、減免の申請書と合わせて、この連絡票を提示してください。
- ２． この連絡票を破り、よごし、又は失ったときは、ただちにこの連絡票を発行した市町村に再発行を申請してください。
- ３． この連絡票を破り、又はよごした場合の申請には、その連絡票を添えて申請してください。