様式第1号(第5条関係)

|  |
| --- |
| 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 | 男・女 |
| 旧被扶養者に該当した年月日 | 　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 保険者 | 保険者番号並びに保険者の名称及び印 | 　 |
| 　 |  |  |  |  |  |  | 　 |
|  |
| 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、この連絡票を提出してください。　2．この連絡票を破り、汚し、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、又は汚した場合の2の申請には、その連絡票を添えて申請してください。 |

備考　1．この連絡票は、対象となる旧被扶養者1人ごとに作成すること。

　　　2．この用紙は、A列4番とすること。

　　　3．必要があるときは、各欄の配置を著しく変更することなく所要の変更を加

えること、その他所要の調整を加えることができること。