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。