様式第６号（第９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 | 被保険者番号 |  | |
| 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（被保険者均等割額を半額等の措置）の申請を行う場合には、減免の申請書とあわせて、この連絡票を提出して下さい。

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下さい。

３．この連絡票を破り、又はよごした場合の２の申請には、その連絡票を添えて申請して下さい。