

後期高齢者医療一部負担金減免及び徴収猶予申請書

届出者名		本人との関係	
連絡先電話番号			

被 保 険 者 番 号		
被 保 険 者	フリガナ	
	氏 名	
	生 年 月 日	明治・大正・昭和                      年    月    日
	住 所	
傷 病 名		
発病又は負傷年月日		
減 免 等 種 類		
申 請 の 理 由		

和歌山県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、関係書類を添えて後期高齢者医療の一部負担金の                      を申請します。

年    月    日

申請者

印