

後期高齢者医療保険料減免・徴収猶予理由消滅申告書

和歌山県後期高齢者医療広域連合長 様

次のとおり 年度分後期高齢者医療保険料の減免・徴収猶予の理由が消滅したので申告します。

		届出年月日	年 月 日
申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒 電話番号		

*申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被保険者番号														
	フリガナ														
	氏 名		生年月日	年 月 日											
			性 別	男 ・ 女											
住 所	〒 電話番号														

申 請 理 由	
---------	--