

(様式第45号)

後期高齢者医療保険料減免事由消滅申告書

年 月 日

山梨県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者住所 _____

申請者氏名 _____ ⑩

被保険者との関係 _____

次のとおり 年度分後期高齢者医療保険料の減免を受けていた理由が消滅した
ので申請します。

記

1. 被保険者等

氏名 (カナ)		生年月日	
氏 名		性別	男 ・ 女
住 所	電話番号 ()		
被保険者番号			

2. 減免額

納 期	減 免 額	納 期	減 免 額
		合計減免額	

3. 消滅理由

--