

後期高齢者医療保険料徴収猶予事由消滅申告書

年 月 日

（宛先）山梨県後期高齢者医療広域連合長

住 所

申請者 氏 名

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徴収猶予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

フリガナ		生年月日	
氏 名			
住 所	電話番号 ()		
被保険者番号			

2. 徴収猶予額

納 期	保険料額	徴収猶予期間	備考
合計減免額			

3. 消滅理由

--