

後期高齢者医療保険料減免事由消滅申告書

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

フリカナ		生年月日	
氏 名			
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

--