

後期高齢者医療一部負担金減免及び徴収猶予申請書

保 険 者 番 号		被保険者番号	
被保険者氏名		生 年 月 日	年 月 日
住 所			
傷 病 名		発 病 又 は 負 傷 年 月 日	年 月 日
減 免 等 種 類			
申 請 の 理 由			
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>愛知県後期高齢者医療広域連合長様</p> <p style="text-align: right;">申請者 住 所 _____</p> <p style="text-align: right;">氏 名 _____ ㊞</p> <p style="text-align: right;">連絡先 _____</p>			
市区町村確認欄		広域連合確認欄	
事 実 認 定	所 得 判 定	入 力	証 明 書 交 付
		確 認	証 明 書 交 付