

## 後期高齢者医療一部負担金減免及び徴収猶予申請書

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	(    )

被 保 険 者 番 号		
被 保 険 者	フリガナ	
	氏 名	
	生 年 月 日	明治 大正 昭和                 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		減 額 ・ 免 除 ・ 徴 収 猶 予
申 請 の 理 由		

秋田県後期高齢者医療広域連合長 様

減 額  
免 除  
徴 収 猶 予

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免除を申請します。

年    月    日