

年 月 日

後期高齢者医療保険料徴収猶予理由消滅申告書

秋田県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者住所.....

申請者氏名.....

被保険者との関係.....

年 月 日付けで後期高齢者医療保険料の徴収猶予を受けておりましたが、この度その理由が消滅したので申告します。

1 被保険者等

氏名カナ			
氏名			
住所			
被保険者番号		電話番号	
世帯主氏名			
世帯主住所			

2 保険料の額等

	保険料額	徴収猶予額	差引納付額
決定	円	円	円
消滅後	円	円	円
納期	決定	消滅後	
	円	円	
	円	円	
	円	円	
	円	円	
	円	円	
	円	円	
	円	円	
	円	円	
	円	円	
	円	円	
	円	円	
合計	円	円	円
決定期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
消滅年月日	年 月 日		
消滅理由			