

年 月 日

後期高齢者医療保険料減免理由消滅申告書

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減免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	減 免 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	
	円	円	
合 計	円	円	
決 定期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
消滅年月日	年 月 日		
消滅理由			