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 | | |  | | |
| 減免等種類 | | |  | | |
| 申請の理由 | | |  | | |
| 和歌山県後期高齢者医療広域連合長　様  　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。  　　　　　　年　　月　　日 | | | | | |