

後期高齢者医療一部負担金減免及び徴収猶予申請書

届出者氏名		本人との関係	
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
	住所
傷病名	
発病又は負傷年月日	
減免等種類	
申請の理由	

大分県後期高齢者医療広域連合長 殿

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。

令和 年 月 日

申請者 氏名