

後期高齢者医療一部負担金減免・徴収猶予申請書

届出者名		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	減額	免除 徴収猶予
申請の理由		

(あて先)福岡県後期高齢者医療広域連合 広域連合長

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  
減額 免除 徴収猶予 を申請します。

年 月 日