

後期高齢者医療一部負担金免除申請書

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	年 月 日
	住所	〒 ー
傷病名		
発病又は負傷年月日		年 月 日
減免等種類		免除
申請の理由		

大阪府後期高齢者医療広域連合長 宛

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免除を申請します。

年 月 日