

※消せるボールペンや鉛筆では記入しないでください。

様式第1号（第8条関係）

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		
減免等の種類		
申請の理由		

茨城県後期高齢者医療広域連合長 宛て

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

申請者 氏名