

様式第9号(第18条関係)

後期高齢者医療一部負担金減免・徴収猶予申請書

年 月 日

長野県後期高齢者医療広域連合長 宛

住 所
申請者 氏 名
電 話

一部負担金の減額・免除・徴収猶予を受けたいので、高齢者の医療の確保に関する法律施行規則第33条第2項の規定により、関係書類を添えて申請します。

被 保 険 者 番 号		
被 保 険 者	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
	住 所	
傷 病 名		
発病又は負傷年月日		年 月 日
減 免 等 の 別		減額 免除 徴収猶予
申 請 の 理 由		