様式第33号(第19条関係)

年 月 日

後期高齢者医療保険料減免理由消滅届

(あて先)静岡県後期高齢者医療広域連合長

申請者住所

申請者氏名 ㊞

被保険者との関係

静岡県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する条例第13条第3項の規定により、次のとおり後期高齢者医療保険料の減免を理由が消滅した事を申請します。

記

1 被保険者等

氏 名 カ ナ			
氏 名			
住 所			
被 保 険 者 番 号		電話番号	
世 帯 主 氏 名			
世 帯 主 住 所			

2 申請理由