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

（宛先）静岡県後期高齢者医療広域連合長

届出者住所

届出者氏名

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の理由が消滅した事を届け出ます。

1 被保険者等

フリガナ			
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