

様式第14号（第12条関係）

後期高齢者医療一部負担金減免申請書

届出者名		本人との関係	
届出者住所		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		
傷病名			
発病又は負傷年月日		年	月 日
申請理由			

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて

上記のとおり、関係書類を添えて一部負担金の減免を申請します。

年 月 日

申請者 住所

氏名