

# 記入例

様式第14号（第12条関係）

被保険者証に記載されている  
被保険者番号を記入してください。

後期高齢者医療一部負担金減免

届出者名	後期 太郎	本人との関係	本人
届出者住所	草加市〇〇 4-5-6	連絡先電話番号	123-456-7890

被保険者番号		
被 保 険 者	フリガナ	コウキ タロウ
	氏名	後期 太郎
	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日
	住所	草加市〇〇 4-5-6

傷病名	
-----	--

診断された傷病名を記入してください。

発病又は負傷年月日	令和〇年〇〇月〇〇日
-----------	------------

申請理由	
------	--

申請理由を記入してください。

必ず申請日を記入してください。

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。

令和〇年〇〇月〇〇日

申請者 住所 草加市〇〇 4-5-6  
氏名 後期 太郎