

後期高齢者医療保険料減免事由消滅届

滋賀県後期高齢者医療広域連合長 様

届出者住所.....

届出者氏名.....

被保険者との関係.....

年 月 日付後期高齢者医療保険料減免決定通知について、下記のとおり減免事由が消滅しましたので、滋賀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17条の規定により届け出ます。

氏名		年度区分	年度
		被保険者番号	
減免事由消滅年月日	年 月 日		
減 免 事 由 消 滅 の 内 容			