

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	
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	
	住所	
傷病名		
発病又は負傷年月日		
減免等種類		
申請の理由		

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 様

上記のとおり、関係書類を添えて後期高齢者医療の一部負担金の減免を申請します。

年 月 日

申請者

住所

氏名

## 所得状況等申告書

### 所得の状況

氏名	続柄	生年月日	職業	前年度の所得状況	申請理由発生直後の所得金額

### 住居の状況

住居の種類	借家	アパート	借地	持家	その他（ ）
家賃・地代・間代					円

### 損害保険の契約状況

契約者名	加入保険会社名	契約保険名称

上記のとおり、申告します。

年 月 日

被保険者番号

\_\_\_\_\_

住所

\_\_\_\_\_

氏名

\_\_\_\_\_