別添５

　年　　月　　日

愛媛県後期高齢者医療広域連合長　様

申請者住所

申請者氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

被保険者との関係

後期高齢者医療保険料減免理由消滅申告書

年　月　日付けで決定を受けた後期高齢者医療保険料の減免について、その理由が消滅したので、愛媛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19条第３項の規定に基づき申告します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 被保険者証番号 |  |
| 減免理由の消滅の日 | 年　　月　　日 |
| 減免の理由が消滅した理由（具体的に記入して下さい。） | |
| 添付書類 | |