

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.....(印)

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	