

様式第 15 号

後期高齢者医療一部負担金減額（免除、徴収猶予）申請書

届出者名		被保険者との関係	
連絡先電話番号			

被 保 険 者	被 保 険 者 番 号		
	フリガナ		
	氏 名		
	生 年 月 日	年	月 日生
	住 所		
傷 病 名			
発病又は負傷年月日		年	月 日
減 免 等 種 類			
申 請 の 理 由			

上記のとおり、関係書類を添えて後期高齢者医療一部負担金減額（免除、徴収猶予）を申請します。

年 月 日

申請者 氏名

印

（自署の場合は押印不要）

（あて先） 新潟県後期高齢者医療広域連合長

【委任欄】 後期高齢者医療一部負担金減額（免除、徴収猶予）証明書の受領を次の者に委任します。

年 月 日

委任する人 氏 名

印

（自署の場合は押印不要）

委任を受ける人 郵便番号 ー

住 所

氏 名

電話番号 ( )

委任する人との関係 \_\_\_\_\_