様式第４６号（第２８条関係）

年　　月　　日

後期高齢者医療保険料減免事由消滅申告書

福島県後期高齢者医療広域連合長

申請者住所

申請者氏名　　㊞

被保険者との関係

次のとおり後期高齢者医療保険料の減免事由が消滅したので届け出ます。

記

１　被保険者等

氏名カナ			
氏　名			
住　所			
被保険者番号		電話番号	
世帯主氏名			
世帯主住所			

２　申請理由