後期高齢者医療保険料額変更決定通知書

〒８ＸＸＸＸＸＸＸ
２０ＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸ
２０ＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸ
２０ＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸ
２０ＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸ
２０ＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸ
２０ＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸ

３２ＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸＸ