

年 月 日

後期高齢者医療保険料減免申請取下書

沖縄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

年 月 日に申請した下記の被保険者の後期高齢者医療保険料減免申請を取り下げます。

記

1) 被保険者

被保険者氏名		被保険者番号	
住 所			
電 話			

2) 取下げ理由

委 任 状

代理人住所

代理人氏名

上記の者を代理人と定め、下記の行為を行う権限を委任します。

記

- 1) 後期高齢者医療保険料減免申請の取り下げについて

年 月 日

委任者住所

委任者氏名
