様式第３号

受　付　日

特別の事情に関する届書

年　　月　　日

大阪府後期高齢者医療広域連合長　宛

被保険者　住所
氏名
電話番号　（　　－　　－　　）

次の理由により、後期高齢者医療保険料の納付が困難なので、関係書類を添えて届け出ます。

被保険者番号														
フリガナ 氏　名									生年月日	年　　月　　日				
住　所	〒　　―													
個　人　番　号														
保険料を納付することができない理由														
添付書類														