

市 町 名	
市町管理番号	
被保険者番号	

年 月 日

収入及び資産の調査に関する同意書

（あて先）三重県後期高齢者医療広域連合長

申請者住所

申請者氏名 印

被保険者との関係

電話番号 () -

後期高齢者医療保険料の減免申請に伴い、私及びその属する世帯の生計を主として維持する者及び連帯納付義務者（世帯主及び配偶者）のうち、必要な者の収入若しくは資産の状況につき、保険者及び市町村が官公署若しくは年金保険者に対し資料提供を求め、又は銀行、信託会社その他の機関若しくは私の雇用主その他の関係人に報告を求めることに同意します。

上記のとおり同意します。

年 月 日

被保険者住所

被保険者氏名 印

電話番号

年 月 日

生計維持者住所

生計維持者氏名 印

電話番号

被保険者との関係

年 月 日

世帯主氏名

印

年 月 日

配偶者氏名

印

受付	届出者（本人・代理人）	入力	広域連合処理欄
	運転免許証・個人番号カード 住基カード・障害者手帳 保険証・介護保険証 その他（ ）		