

後期高齢者医療保険料減免申請書

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

印

申請者電話番号

被保険者との関係

福島県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する条例第21条第2項の規定により、次のとおり後期高齢者医療保険料の減免を申請します。

記

1 被保険者等

氏名カナ			
氏名			
住所			
被保険者番号		被保険者電話番号	
世帯主氏名			
世帯主住所			

2 減免を受けようとする保険料の額等

年度	納期限	保険料額	年度	納期限	保険料額
				合計保険料額	

3 減免を必要とする理由

<p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
--