

年 月 日

後期高齢者医療保険料減免申請書

富山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

富山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19条の規定により、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 | | 電話番号 | |
| 世帯主氏名 | | | |
| 世帯主住所 | | | |

2 保険料の額等

| 納期 | 保険料額 | 納期 | 保険料額 |
|----|------|-------|------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | 合計保険料 | |

3 申請理由

| |
|--|
| |
| |
| |
| |