

年 月 日

後期高齢者医療保険料減免申請書

愛媛県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者住所.....

申請者氏名 _____ (印)

被保険者との関係

愛媛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施行規則第 26 条第 1 項の規定により、次のとおり関係書類を添えて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

被保険者番号															
個人番号															
フリガナ															
氏名															
生年月日	年 月 日					性別				男 ・ 女					
住所															
電話番号															
世帯主氏名															
世帯主住所															

2 保険料の額等

年度区分	年度		
納期限	保険料額	納期限	保険料額
年 月 日	円	年 月 日	円
年 月 日	円	年 月 日	円
年 月 日	円	年 月 日	円
年 月 日	円	年 月 日	円
年 月 日	円	年 月 日	円
		合計保険料額	円

3 申請理由

[illegible]