年　月　日

後期高齢者医療保険料減免申請書

愛知県後期高齢者医療広域連合長　宛

申請者住所

申請者氏名

被保険者との関係

愛知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

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