

後期高齢者医療保険料減免申請書

岐阜県後期高齢者医療広域連合長

申請者住所.....
申請者氏名.....
被保険者との関係.....

岐阜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 1 9 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		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