

後期高齢者医療保険料減免申請書

和歌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 ..... 印  
 被保険者との関係 .....

和歌山県後期高齢者医療広域連合後期高齢者に関する条例第20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

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

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