

<記入例>

後期高齢者医療保険料減免申請書

埼玉県後期高齢者医療広域連合長あて

申請者 住所 草加市高砂1-1-1
 氏名 草加 太郎
 (被保険者・連帯納付義務者)
 電話番号 048-922-0151

埼玉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18条第2項の規定により、下記のとおり保険料の減免を申請します。

記

1 被保険者等

フリガナ	ソウカ タロウ
氏名	草加 太郎
住所	草加市高砂1-1-1
被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇
世帯主氏名	草加 太郎
世帯主住所	草加市高砂1-1-1

被保険者証に印字されている「被保険者番号」を記入してください。

減免申請をする保険料の期別と保険料額をすべて記入してください。

2 保険料の額等

納期（期別）	保険料額	納期（期別）	保険料額
R5. 1期	7,300円		
R5. 2期	7,300円		
R5. 3期	7,300円		
R5. 4期	7,400円		
R5. 5期	7,400円		
R5. 6期	7,400円		
合計保険料			44,100円

3 減免を必要とする理由

台風2号により、住宅が床上浸水したため。