

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 _____
氏名 _____
(被保険者 ・ 連帯納付義務者)
電話番号 _____

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	
氏名	
住所	
被保険者番号	
世帯主氏名	
世帯主住所	

2 保険料の額等

納期（期別）	保険料額	納期（期別）	保険料額
		合計保険料	

3 減免を必要とする理由

--