

## 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

(例) 世帯主・広域太郎の収入が新型コロナウイルス感染症の影響により10分の3以上減少したため