

令和 年 月 日

後期高齢者医療保険料減免申請書

千葉県後期高齢者医療広域連合長 あて

申請者住所.....

申請者氏名.....

被保険者との関係.....

千葉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 2 0 条の規定により、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
