

年 月 日

後期高齢者医療保険料減免申請書

秋田県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者住所.....
申請者氏名.....
被保険者との関係.....

秋田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（平成19年条例第25号）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。

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
4 月		1 0 月	
5 月		1 1 月	
6 月		1 2 月	
7 月		1 月	
8 月		2 月	
9 月		3 月	
		合計保険料額	

3 申請理由

--