

年 月 日

後期高齢者医療保険料減免申請書

熊本県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者住所 玉名郡玉東町大字

申請者氏名 印

被保険者との関係

熊本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 19 条第 2 項の規定により、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 |
| 第 期 | 円    | 第 期   | 円    |
| 第 期 | 円    | 第 期   | 円    |
| 第 期 | 円    | 第 期   | 円    |
| 第 期 | 円    | 第 期   | 円    |
| 第 期 | 円    | 第 期   | 円    |
| 第 期 | 円    | 第 期   | 円    |
|     |      | 合計保険料 | 円    |

3 申請理由

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|            |
|------------|
| < 市町村受付欄 > |
|            |
|            |
|            |
|            |