

後期高齢者医療保険料減免申請書

年 月 日

(宛先) 山梨県後期高齢者医療広域連合長

住 所
申請者 氏 名
被保険者との関係

山梨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17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

フリガナ			
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	減 免 額	納 期	保 険 料
		合計保険料	

3. 申請理由
