

後期高齢者医療保険料減免申請書

岩手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.....

岩手県後期高齢者医療保険料徴収猶予及び減免に関する要綱第 8 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	保険料額	納 期	保険料額
		合計保険料額	

3 申請理由

※記名押印に代えて署名（被保険者本人の自署）することができます。