

後期高齢者医療保険料徴収猶予申請書

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徴収猶予を申請します。

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	徴収猶予期間	備 考
年 月	円	年 月 日～ 年 月 日	
年 月	円	年 月 日～ 年 月 日	
年 月	円	年 月 日～ 年 月 日	
年 月	円	年 月 日～ 年 月 日	
年 月	円	年 月 日～ 年 月 日	
年 月	円	年 月 日～ 年 月 日	
年 月	円	年 月 日～ 年 月 日	
年 月	円	年 月 日～ 年 月 日	
年 月	円	年 月 日～ 年 月 日	
年 月	円	年 月 日～ 年 月 日	
年 月	円	年 月 日～ 年 月 日	
合 計	円		

3 申請理由
