

年 月 日

後期高齢者医療保険料減免申請書

宮崎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 \_\_\_\_\_

宮崎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18条第2項の規定により、次の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

カナ		被保険者番号	
氏名		電話番号	
住所			
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	

3 申請理由

----- ----- ----- -----
----------------------------------