

年 月 日

後期高齢者医療保険料減免申請書

埼玉県後期高齢者医療広域連合長 あて

申請者 住所

氏名

（ 被保険者 ・ 連帯納付義務者 ）

電話番号

埼玉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 1 8 条第 2 項の規定により、下記のとおり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	
世帯主氏名	
世帯主住所	

2 保険料の額等

納期（期別）	保険料額	納期（期別）	保険料額
合計保険料			

3 減免を必要とする理由

--