年　　月　　日

後期高齢者医療保険料減免申請書

大分県後期高齢者医療広域連合長　宛

申請者住所
申請者氏名
被保険者との関係

大分県後期高齢者医療条例第 18 条第 1 項の規定により、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

氏名カナ			
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	

3　申請理由
