年　　月　　日

後期高齢者医療保険料減免申請書

（あて先）富山県後期高齢者医療広域連合長

申請者住所……

申請者氏名……㊞

被保険者との関係……

富山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１９条第２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