年　月　日

後期高齢者医療保険料減免申請書

愛知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 ----------

愛知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