　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和年月日

様式第５号（第６条関係）

**後期高齢者医療保険料減免申請書**

鹿児島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

鹿児島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

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |