

後期高齢者医療保険料減免申請書（記載例）

鹿児島県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者により自署をお願いします（押印は不要です）

申請者住所 始良市〇〇町〇〇番地

申請者氏名 後期 花子

被保険者との関係 本人

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	コウキ ハナコ		
氏 名	後期 花子		
住 所	始良市〇〇町〇〇番地		
被保険者番号	01234567	電話番号	000-0000-0000
世帯主氏名	後期 太郎		
世帯主住所	同上		

2 保険料の額等

納期	保険料額	納期	保険料額
	この欄は記載不要です		
合計保険料			

3 申請理由

令和〇〇年〇〇月〇〇日の災害（大雨）により被災したため。