令和　　年　　月　　日

後期高齢者医療保険料減免申請書

山口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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

山口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１７条の規定により、下記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

フリガナ			
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

添付書類

減免を受けようとする理由を証明する書類