

後期高齢者医療保険料減免申請書

岩手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.....

岩手県後期高齢者医療保険料徴収猶予及び減免に関する要綱第8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

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
		合計保険料額	

3 申請理由
