年　　月　　日

後期高齢者医療保険料減免申請書

福井県後期高齢者医療広域連合長　　様

申請者住所
申請者氏名　　印
被保険者との関係

福井県広域高齢者医療広域連合後期高齢者医療に関する条例第19条及び福井県後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療保険料減免規則の規定により、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