様式第５号（第６条関係）

令和　　年　　月　　日

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