

## 後期高齢者医療保険料減免申請書

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 様

申請者（被保険者又は連帯納付義務者）

届出者

住所 .....

住所 .....

氏名 .....

氏名 .....

被保険者との関係 .....

電話番号 .....

兵庫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20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
