

令和 年 月 日

後期高齢者医療保険料減免申請書

熊本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 _____

熊本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	熊本市		
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
第 期	円	第 期	円
第 期	円	第 期	円
第 期	円	第 期	円
第 期	円	第 期	円
第 期	円	第 期	円
第 期	円	第 期	円
合計保険料			円

3 申請理由

平成 28 年熊本地震により被災したため。

<市町村受付欄>
